



UNIVERSITAT^{DE}
BARCELONA

Trabajo Final de Master

Análisis Político y Asesoría Institucional

Facultad de Derecho

**MIGRACIÓN INTERNACIONAL Y DERECHO A LA
SALUD: UN DESAFÍO DE ESTADO**

Barcelona, 05 de julio de 2019

Autor: Carlos Sánchez Tapia

Tutora: Blanca Garcés-Mascareñas

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
III. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	33
IV. RESULTADOS	43
V. DISCUSIÓN	60
VI. CONCLUSIONES.	62
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	63
VIII. AGRADECIMIENTOS	66
IX. ANEXOS	67

RESUMEN

La migración internacional comprende una diversidad de movimientos de población de un territorio a otro, que implica el cruce de fronteras administrativas de otro Estado; con relación a la temporalidad, los migrantes internacionales pueden permanecer en el país de destino un tiempo breve o permanente, y desde un punto de vista jurídico su situación puede ser regular o irregular. La migración internacional ha sido definida por diversos organismos internacionales y expertos. Sin embargo, los dos componentes esenciales de la definición de migración internacional son el cruce de una frontera política – de un país a otro – y la intención de asentamiento.

El acceso de los migrantes internacionales a los diferentes niveles de atención de salud ha generado un importante desafío para los Estados, sin embargo, y de acuerdo a la literatura, existen distintas barreras que limitan el acceso y con ello, el uso de los sistemas.

El presente estudio es de tipo cualitativo, fenomenológico y descriptivo, en donde se realizan 40 entrevistas a distintos actores de la Atención Primaria de Salud.

El aporte que realiza esta investigación, es la incorporación de nuevos elementos a la discusión científica, destacando que los obstaculizadores para acceder a la Atención Primaria de Salud, por otro lado, se percibe que el color de piel, genera una barrera a todo nivel: micro, meso y macro.

I. INTRODUCCIÓN

La **migración internacional**¹ es un complejo fenómeno relacionado con múltiples aspectos económicos, sociales y de seguridad que inciden en nuestra vida cotidiana en un mundo cada vez más interconectado. El término “migración” engloba una gran diversidad de movimientos y situaciones que afectan a personas de cualquier condición y origen social. De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas, ONU, el año 2015 se reportaron 244 millones de migrantes internacionales en el mundo, un 41% más que en el año 2000. En América Latina y el Caribe cerca de 28 millones de personas son emigrantes internacionales y alrededor de 7,6 millones de personas residentes en Latino América son migrantes internacionales (OIM, 2018). Estos flujos migratorios encuentran sus causas en la globalización económica, en desastres naturales, inseguridad, conflictos, entre otras.

Abordar el fenómeno de la inmigración, desde la perspectiva de cualquier Estado, es una urgencia a nivel nacional y mundial, considerando los riesgos a los que están expuestos las personas migrantes en todo el proceso migratorio; por esta razón, los organismos internacionales han impulsado la priorización de este grupo de personas y el desarrollo de instrumentos de protección de sus derechos, por ejemplo, el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular(Asamblea General de Naciones Unidas, 2018), que ofrece un panorama completo de la migración internacional y reconoce que es necesario aplicar un enfoque integral para optimizar los beneficios generales de la migración, abordando al mismo tiempo los riesgos y desafíos a que se enfrentan las personas y las comunidades en los países de origen, tránsito y destino. Ningún país puede encarar los retos de este fenómeno mundial y aprovechar sus oportunidades en solitario. Con este enfoque integral, se pretende facilitar la migración segura, ordenada y regular, reduciendo la incidencia de la migración irregular y sus efectos negativos mediante la cooperación internacional y una combinación de medidas expuestas en este Pacto Mundial. Se reconoce que, como Estados Miembros de las Naciones Unidas, se comparte la responsabilidad de abordar las necesidades y preocupaciones mutuas sobre la migración, y tenemos la obligación primordial de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de todos los migrantes, independientemente de su estatus migratorio, pero promoviendo también la seguridad y la prosperidad de todas nuestras comunidades.

La evidencia internacional muestra que, muchos migrantes, particularmente los que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, frecuentemente tienen problemas para acceder a la atención de salud, y en general, a los servicios básicos. Por otro lado, están expuestos a todo tipo de violencia, inseguridad, abusos laborales y discriminación; empeorado si la migración se hace en condición migratoria irregular.

Las políticas públicas en salud se enfrentan a dos grandes desafíos; en primer lugar, las implicaciones éticas respecto a la necesidad de **garantizar la salud como un derecho** bajo cualquier circunstancia. En segundo lugar, y dado que la salud es una construcción colectiva con

¹ Para el desarrollo de este estudio se podrán utilizar conceptos como inmigración, migración e migración extranjera.

gran influencia de determinantes sociales como el trabajo, la familia, el barrio y la cohesión social, tendrá como desafío, avanzar en la cobertura y acceso universal de manera inclusiva, para todos los grupos de la población, incluyendo a los migrantes.

La evidencia demuestra los altos niveles de vulnerabilidad que rodean al fenómeno migratorio en la actualidad. Dichas condiciones son de importancia para los sistemas de salud en todo el mundo, al vincularse directamente con el empeoramiento del estado de salud y calidad de vida de las personas. Sin embargo, el estudio del nexo entre el proceso migratorio y la salud se mantiene insuficiente, más aún respecto a cómo la migración internacional influye en la toma de decisión en salud pública. Para la salud pública es de suma relevancia proyectarse hacia una población multicultural y en movimiento, haciendo necesario avanzar hacia una mayor colaboración y comunicación entre naciones que experimentan simultáneamente los efectos de la migración (Cabieses, Gálvez, & Ajraz, 2018).

Por ello, la Organización Mundial de la Salud a partir de la resolución A61/17 de 2008, está preocupada de esta materia y apoya las políticas que tienen por objeto ofrecer servicios de atención de salud a los migrantes independiente de su estado jurídico, como parte de la cobertura sanitaria universal, y ha establecido una serie de recomendaciones de salud pública entre las que destacan:

- Promover el acceso equitativo en la promoción y la atención de la salud para las personas migrantes.
- Promover cooperación bilateral y multilateral con relación a la salud de las personas migrantes “entre todos los países que participan en el proceso de la migración”.
- No establecer restricciones arbitrarias a la circulación, estigmatizadoras o prácticas discriminatorias a las personas migrantes basadas en las condiciones de salud que estos experimentan.

La presente investigación pretende contribuir desde una perspectiva social y científica al profundizar sobre los elementos de acceso de los migrantes extranjeros a la salud pública, en especial a la Atención Primaria de Salud. Por ello, se busca dar respuesta a: ¿Qué elementos favorecen y cuáles dificultan el acceso de los inmigrantes a la Atención Primaria de Salud?.

A su vez, se han elaborado 3 objetivos específicos:

1. Comprender las razones, motivaciones y experiencia de la migración, desde la perspectiva de la población migrante.
2. Indagar los elementos que favorecen y dificultan el acceso a la APS de la población inmigrante en Chile, desde la perspectiva de los migrantes, de los equipos de salud, y de los directivos de políticas públicas.

3. Integrar de manera articulada y comparativa los elementos que influyen en el acceso a la APS de la población migrante en Chile.

El estudio de caso será Chile, dado que es el país que liderara el aumento de la migración extranjera en Latinoamérica (Cepal/OIT, 2017), a su vez, durante el año 2018 aumentó población extranjera residente habitual en Chile respecto de la efectivamente censada (2017) en un 67,6%(INE, 2018b); y finalmente, es el contexto actual que se encuentra viviendo el país dado que Chile rechazó firmar el Pacto Migratorio de la ONU en diciembre del año 2018.

El área de estudio, para este trabajo, comprenderá de 2 municipios del Gran Santiago de la Región Metropolitana de Chile (32 comunas). Se considera como población de estudio los migrantes extranjeros residentes² (que acceden y que no acceden a la APS), profesionales/técnicos del equipo de salud de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) y directivos públicos de estas 2 áreas.

² En el Artículo 22 del Decreto Ley N° 1.094 de 1975, conocida como ley de extranjería, señala que a las personas se les otorgarán visaciones con las siguientes denominaciones: "residente sujeto a contrato", "residente estudiante", "residente temporario" y "residente con asilo político" o "refugiado".

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

TEMA UNO: MIGRACIÓN INTERNACIONAL.

La expresión “migración internacional” comprende un amplio abanico de movimientos de población, las razones de esos movimientos y la condición jurídica de los migrantes, que determina por cuánto tiempo pueden permanecer en un país de acogida y en qué condiciones.

Es importante comprender la migración internacional y sus diversas manifestaciones para abordar de manera eficaz las cambiantes dinámicas migratorias y, al mismo tiempo, responder adecuadamente a las diversas y variadas necesidades de los migrantes. Los movimientos internacionales se tornan cada vez más factibles, en parte gracias a la revolución digital, las tecnologías que acortan las distancias y la disminución del costo de los viajes. Los factores que subyacen a la migración son numerosos, y muchos están relacionados con la prosperidad económica, la desigualdad, la demografía, la violencia y los conflictos, así como el cambio ambiental. Aunque la gran mayoría de las personas migran fuera de su país por razones relacionadas con el trabajo, la familia y los estudios, muchas de ellas abandonan sus hogares y sus países debido a otras razones imperiosas, como los conflictos, las persecuciones y los desastres. En general, las poblaciones desplazadas, como los refugiados y los desplazados internos, representan un porcentaje relativamente bajo de todos los migrantes, pero generalmente captan y requieren una atención y una actuación colectivas porque con frecuencia quedan expuestas a situaciones de alta vulnerabilidad. Estas suelen ser las personas que más ayuda necesitan (OIM, 2018).

Además de las definiciones generales de migración y migrante, como las que encontramos en los diccionarios, existen diversas definiciones específicas de términos fundamentales relacionados con la migración, en particular en los ámbitos de la justicia, la administración, la investigación y la estadística. Aunque no existe un acuerdo universal sobre la definición de migración o migrante, se dispone de numerosas definiciones elaboradas en diferentes contextos que gozan de una amplia aceptación, como las establecidas en las Recomendaciones sobre estadísticas de las migraciones internacionales que el DAES (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales – ONU) publicó en el año 1998.

Las recomendaciones sobre estadísticas de las migraciones internacionales de las Naciones Unidas definen al **migrante internacional** como *cualquier persona que ha cambiado su país de residencia habitual* y distinguen entre “migrante por breve plazo” (aquel que ha cambiado su país de residencia habitual durante al menos tres meses, pero no durante un plazo superior a un año) y “migrante por largo plazo” (aquel que lo ha hecho durante al menos un año). Sin embargo, no todos los países utilizan esta definición en la práctica. Algunos países emplean criterios diferentes para definir a los migrantes internacionales; por ejemplo, aplican otra duración mínima de residencia. La utilización de diferentes conceptos y definiciones, y métodos de recopilación de

datos, obstaculizan la plena comparabilidad de las estadísticas nacionales sobre migrantes internacionales (OIM, 2018).

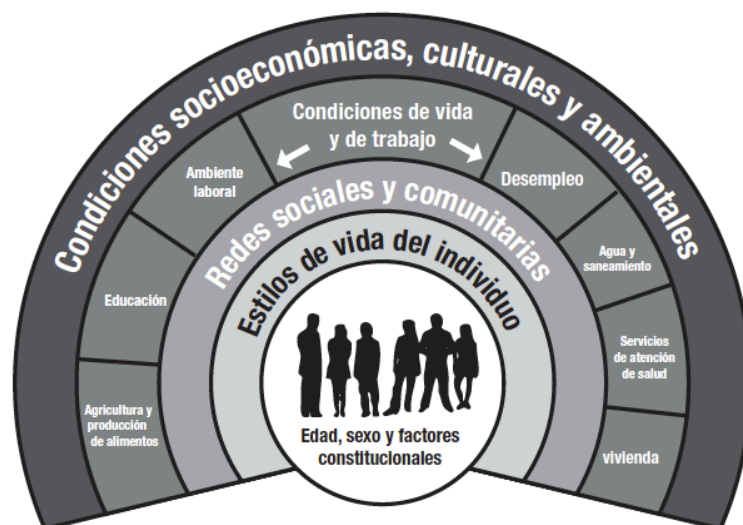
La migración internacional ha sido definida por diversos organismos internacionales y expertos. Sin embargo, los dos componentes esenciales de la definición de migrante internacional **son el cruce de una frontera política** –de un país a otro- y **la intención de asentamiento**. Con esto, se excluyen de la definición de migrante internacional otros tipos de movimientos humanos como la migración interna y el turismo.

La importancia que ha adquirido la población migrante internacional y las dificultades a las que se enfrentan durante todo el ciclo migratorio: origen, tránsito, destino y retorno, ha impulsado su inclusión en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos del Sistema de Naciones Unidas.

En este sentido, existe hoy una preocupación mundial por la existencia de grupos vulnerables que no están experimentando su mejor calidad de vida o nivel de salud. Avances socioeconómicos y tecnológicos sin precedentes en el nivel de vida, bienestar y riqueza para un mayor número de personas que en cualquier otro momento de la historia, irónicamente, han ido acompañados de una mayor conciencia de la amplia gama de vulnerabilidades que las sociedades humanas enfrentan. Se reconoce la vulnerabilidad como una característica intrínseca del ser humano, que le ha acompañado desde su inicio y que ha sido imposible de erradicar o controlar. La vulnerabilidad de origen social, no obstante, es una característica de sociedades que tienden a experimentar grandes diferencias entre grupos humanos en sus condiciones de vida y resultados de salud. Dichas diferencias habitualmente son innecesarias y tienen el potencial de ser un factor modificable en las sociedades, en especial en aquellas con elevado desarrollo económico.

Existe consenso en la comunidad internacional sobre el reconocimiento de la migración como un determinante social de la salud, siendo un proceso dinámico y cambiante que va más allá de la variable biológica e incluye cambios en el estilo de vida, condiciones del medio social y comunitario, lo socioeconómico, político y estructural, así como lo ambiental. Estos cambios, que implican dificultades para integrarse a nuevos estilos de vida y ambientes, generan también mayores vulnerabilidades y riesgos para la salud de las personas migrantes, sus familias y las comunidades que les reciben. Los determinantes sociales de la salud son definidos como aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas, afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud. Todo patrón migratorio genera cambios individuales, familiares y comunitarios que repercuten en la salud de las personas, ya sea de forma positiva o negativa. Esto convierte a la migración en un determinante de los determinantes sociales de la salud (Cabieses, Bernal, & McIntyre, 2017).

Modelo de determinantes sociales de la salud



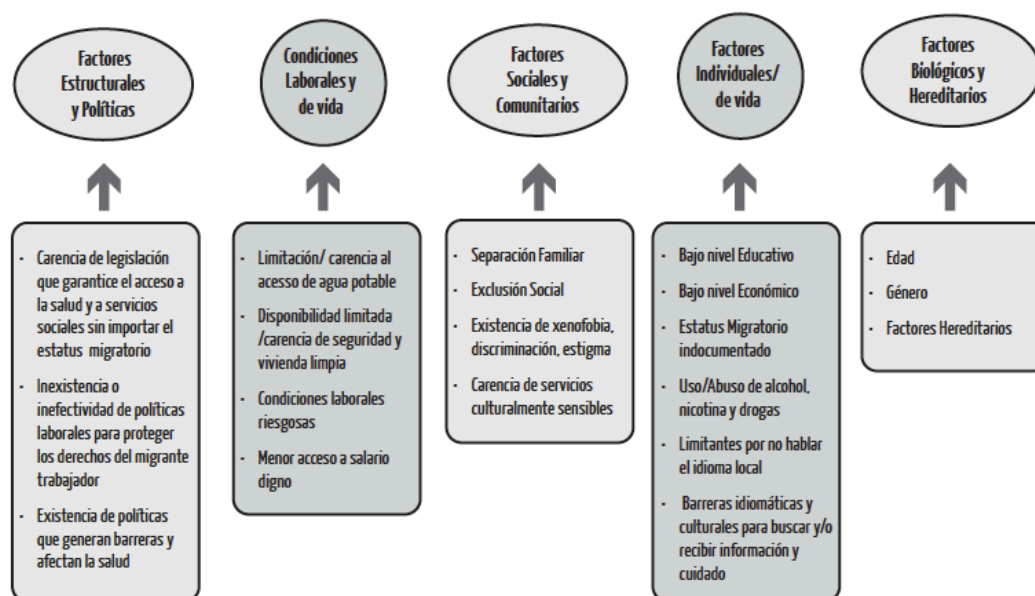
Fuente: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005 (10).

Figura N°1

De esta forma, “la migración internacional tiene diversos efectos en las condiciones de salud de los individuos inmersos en el desplazamiento, en las familias de los migrantes, y de las poblaciones que confluyen en los contextos de origen, tránsito y destino. La movilidad poblacional no es por sí misma un factor que incremente los riesgos ante las enfermedades, son las condiciones en las que se da este proceso de migración las que sitúan a las poblaciones migrantes -principalmente las indocumentadas- en situaciones de vulnerabilidad o desprotección frente a potenciales daños a la salud y amenazan la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto a sus derechos humanos”³. En todo momento del ciclo migratorio, debe de garantizarse el apoyo y tratamiento a la persona, sin importar su condición migratoria, nacionalidad, etnia o religión (Figura N°2).

³ Bronfman, Mario y Leyva René. Migración y SIDA en México. 2008 Página 2. Tomado desde: Quintino, Frida. Desarrollo de un mapeo analítico y propositivo sobre procesos de investigación acción relacionados a la migración y salud sexual y reproductiva en la frontera México-Guatemala; 2009.

Descripción de determinantes sociales de la salud relacionados a la migración internacional



Fuente: OIM 2015(11)

Figura N°2

La salud de las personas migrantes, como lo mencionamos anteriormente, es también definida por el tipo de experiencias y situaciones que se viven desde la comunidad de origen, durante el tránsito, en destino, y al momento de retornar.

En este sentido, Cabieses señala que, el trayecto migratorio en sí mismo puede afectar la salud de una forma negativa, especialmente cuando el viaje se realiza de manera clandestina. La capacidad o incapacidad de migrar a través de canales legales regulados, influencia fuertemente el impacto del trayecto. Por ello, los riesgos y vulnerabilidades asociados con la migración deben ser analizados y manejados de forma holística e integral considerando a las poblaciones en todas las etapas del proceso de la migración.

Durante la etapa de la pre-partida, la salud se encuentra influenciada por los determinantes de la salud propios de su comunidad de origen, delimitados por la carga de morbilidad y mortalidad propios de la zona y muy bien definida por las condiciones pre-existentes de cada individuo. Debemos una vez más indicar que por lo general, la decisión de migrar se realiza cuando la persona se considera en condición física adecuada y suficientemente saludable para asumir los riesgos ya conocidos de la ruta y proceso migratorio. Por lo general, excepto en migración forzada o unificación familiar, la migración es realizada por personas jóvenes y saludables.

Al migrar, las personas llevan consigo su condición previa de salud, factores de riesgo y de protección vinculados al componente hereditario, nivel de escolaridad, antecedentes patológicos personales y familiares, nivel de vacunación, epidemiología local, entre otros. También viajan con sus creencias, valores y perspectivas hacia la salud. Conocer la perspectiva y cosmovisión de

cada individuo es fundamental para lograr un acercamiento adecuado y mayor efectividad en las intervenciones de salud.

Durante el tránsito, la vulnerabilidad aumenta significativamente según la tenencia de documentación, las condiciones de registro o irregularidad migratoria, la relación con redes de tráfico, la cantidad de personas que viajan, la cantidad de días en tránsito y finalmente las razones preponderantes en la decisión de migrar. Las políticas restrictivas de migración causan un incremento en viajes clandestinos y la utilización de medios de transporte arriesgados e irregulares, así como el pago de redes ilícitas de tráfico de personas.

Al llegar a la comunidad de destino las personas migrantes pueden enfrentar numerosas dificultades vinculadas al acceso a la vivienda, trabajo, cuidados a la salud y otros servicios sociales. Quedan expuestas a los determinantes sociales propios del nuevo espacio en el que se encuentran, lamentablemente en algunos casos agravado por mayores condiciones de inequidad, marginalización, xenofobia y discriminación. Esta exclusión social, agregada a las barreras culturales y de idioma es factor determinante de la salud, limita la capacidad de inserción y afecta el bienestar psicosocial de cada individuo. Otros factores estructurales que afectan el bienestar de estas poblaciones son la existencia o no de políticas claras específicas que faciliten su integración y las posibilidades de mantener comunicación con sus familiares en la comunidad de origen.

Por otro lado, en la comunidad de destino, las personas migrantes pueden vivir y trabajar en entornos que los exponen a mayores factores de riesgo, tanto a enfermedades transmisibles y no transmisibles, como a accidentes laborales. Los trabajadores migrantes no calificados con frecuencia tienen mayores riesgos a lesiones relacionadas con el trabajo o a enfermedades crónicas, a lesiones relacionadas a la ocupación y enfermedades en general. Los salarios de las personas migrantes, especialmente indocumentadas, tienden a ser más bajos que los de los contrapartes nacionales, siendo también más vulnerables a la explotación, casi siempre temiendo a la deportación si intentan alcanzar mejores condiciones laborales. Las trabajadoras domésticas y las personas que han sido víctimas de trata son más propensas o vulnerables a la explotación sexual y al abuso; las cuales sufren como resultado, secuelas o problemas de salud física y mental. Por ello, se deben buscar los canales para que en esta etapa, se faciliten acciones por parte de las autoridades para que las personas puedan realizar las gestiones necesarias para mantenerse debidamente identificadas, registradas y en condiciones de regularidad migratoria que faciliten su integración social y les proteja de condiciones de explotación (Cabieses et al., 2018).

TEMA DOS: ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS

El acceso a los servicios de salud ha sido objeto de multitud de estudios y existen varias teorías sobre cómo se debe estructurar el estudio del acceso. La revisión de la literatura sobre acceso a los servicios sanitarios pone en evidencia la ausencia de una definición única, y la frecuente confusión y el uso indistinto con otros términos como accesibilidad y utilización, así como con otros de sus componentes como disponibilidad, proximidad geográfica, cobertura en el

aseguramiento, etc. Esta variedad no solo revela diferencias semánticas sino también una variabilidad conceptual, variabilidad que a menudo es un reflejo de los diferentes contextos, objetivos y momentos en los que fueron desarrollados. Otra conclusión relevante extraída a partir de dicha revisión de los marcos de acceso a los servicios sanitarios es que no existe ninguno específico ni adaptado a la población inmigrante (Burón Pust, 2012).

Para mayor abundamiento, la **Accesibilidad** establece la responsabilidad del Estado de entregar los bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, asegurando la accesibilidad física y económica. La información es una dimensión relevante y comprende el derecho a obtener información sobre los servicios, bienes, funcionamiento del sistema de salud, como también otros aspectos específicos sobre salud. Por otra parte, la **Aceptabilidad**, refiere a la responsabilidad del Estado a entregar servicios de salud respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, esto quiere decir que deben considerarse aspectos culturales de las personas, los pueblos y las comunidades, además de ser sensibles al género y al ciclo de vida (MINSAL, 2018).

Marcos conceptuales de autores que definen el acceso como utilización de servicios

En la literatura se identifican distintos modelos de análisis, sin embargo, los más citados son: el modelo de Institute of Medicine de Estados Unidos del año 1993 y el de Aday y Andersen del año 1974, de comportamiento de utilización de servicios de salud, que es el marco conceptual dominante en la literatura de acceso a los servicios.

El primer modelo propuesto por el U.S. Institute of Medicine equipara el acceso a utilización y lo define de forma normativa como el uso de los servicios de salud en tiempo adecuado para obtener el mejor resultado posible. El Institute of Medicine (IOM) se centra en la capacidad de los servicios de alterar positivamente el estado de salud de las personas, y considera que los problemas de acceso surgen cuando existen barreras que comportan una menor utilización y ésta genera peores resultados en salud. Por tanto, propone que el acceso se debe evaluar incorporando los resultados en salud mediante indicadores como la mortalidad, incidencia de enfermedades, etc.(Burón Pust, 2012)

De acuerdo a este modelo, busca un estándar de "el mejor resultado de salud posible" es ciertamente un objetivo ideal. Es importante destacar que esta ideal se basa tanto en el uso de los servicios de salud como en los resultados de salud para proporcionar criterios para juzgar si se ha logrado el acceso. La prueba de la equidad de acceso implica determinar si existen diferencias sistemáticas en el uso y los resultados entre los grupos de la sociedad y si estas diferencias son el resultado de barreras financieras o de otro tipo para la atención, particularmente en una sociedad que limita los recursos dedicados a la atención médica, todo lo que la ciencia médica puede ofrecer es un objetivo optimista, inalcanzable para todos los pacientes. Los críticos sociales que comentan sobre la escena del cuidado de la salud nos han recordado de vez en cuando que, incluso si pudiéramos permitirlo, más servicios médicos no son necesariamente algo bueno, ni más servicios son frecuentemente el mejor camino hacia una buena salud(Millman, 1993).

Por otro lado, se encuentra el modelo de Andersen y Aday, inicialmente desarrollado por Ronald

Andersen en los años 60 (Burón Pust, 2012), y que desde entonces ha ido incorporando algunas modificaciones, se caracteriza por:

- Centrar el análisis y evaluación del acceso en base a la utilización de los servicios y los resultados de dicha utilización.
- Distinguir entre acceso potencial y acceso real.
- Considerar 5 componentes de acceso: políticas de salud, características de los servicios sanitarios, características de la población, utilización de los servicios y satisfacción del usuario.
- Dentro de los componentes que posibilitan el acceso, distinguir entre aquellos que predisponen (generalmente características de los individuos) y los que capacitan (generalmente características del sistema o estructurales)
- Incorporar las necesidades de salud de la población (tanto percibida como evaluada) en el modelo.

En este marco, el acceso se define como "aquellas dimensiones que describen el ingreso potencial y real de un grupo de población dado a la Sistema de prestación de asistencia sanitaria" (Aday & Andersen, 1981, 5)⁴. En la figura 3 muestra un resumen de los elementos de este marco:

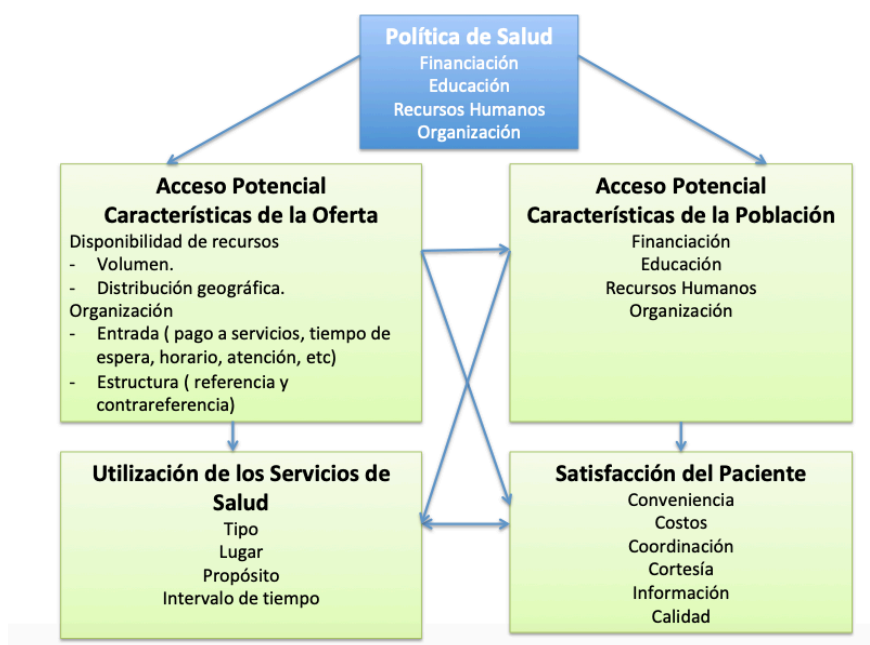


Figura N°3. Marco para el análisis del acceso propuesto por Aday y Andersen (Aday & Andersen, 1974)

Andersen y Aday, consideran que las políticas de salud son el punto de partida del acceso, y que acceso y utilización de servicios están determinados por el contexto político que los envuelve. A

⁴ Texto traducido por el autor.

continuación proponen el análisis del acceso potencial separando las características tanto de la población y las de los proveedores. Finalmente incorporan como resultados o outputs del modelo las características de la utilización de los servicios sanitarios (acceso real) y la satisfacción del usuario.

La utilización de servicios sanitarios se halla enmarcada en las políticas de salud, que son un determinante relevante del acceso, al incidir en la disponibilidad de recursos, la organización de los servicios, la financiación o programas dirigidos a características susceptibles de ser modificadas de la población como cobertura de aseguramiento, educación, información sobre los servicios, etc.

El acceso potencial, como probabilidad y determinante de uso de los servicios sanitarios depende de las características de la población y las características de los servicios. Las características de los servicios (o de la oferta) incluyen (Aday & Andersen, 1974)⁵:

- Disponibilidad de recursos: considera su volumen (cantidad de recursos humanos y materiales destinados a la prestación de servicios de salud) y su distribución geográfica.
- Organización de los recursos: considera la manera en que se disponen los recursos y funcionan para proporcionar atención a los usuarios, a través de dos componentes, de entrada y de estructura. La entrada hace referencia al proceso de “entrar” al sistema e incluye el tiempo de transporte, de espera, pago por los servicios, horarios de atención, etc). La estructura, segundo componente de la organización, hace referencia a las características del sistema que determinan lo que le sucede al paciente a partir de su entrada (personal que le atiende, cómo le atienden, etc), incorporando también los procesos de referencia y contrareferencia.

Por otro lado, las características de la población se dividen en aquellas que se consideran predisponentes, las que se definen como capacitantes, y las necesidades en salud:

- Factores predisponentes: son aquellos elementos que describen la propensión de los individuos a utilizar los servicios de salud, abarca desde características sociodemográficas (edad, sexo, raza, etc) así como las creencias y actitudes sobre la salud y el conocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios.
- Factores capacitantes: son los “medios” de que disponen los individuos para utilizar los servicios sanitarios. Comprenden factores individuales, como los ingresos económicos, el tipo de cobertura o de seguro, residencia, procedencia, etc.; y factores referentes a la comunidad donde el individuo reside, como las redes de apoyo, el entorno rural o urbano, y la organización de servicios dentro del área.
- Necesidades de atención de salud de la población: se refiere al nivel de enfermedad, considerada la causa inmediata de utilización de servicios sanitarios. Se contemplan aquí tanto las necesidades percibidas como las evaluadas.

⁵ Texto traducido por el autor.

El acceso real, o utilización de servicios, tiene en cuenta el tipo y nivel de servicio sanitario que usa el paciente, el lugar donde recibe la atención, el propósito de la visita (preventivo, curativo, paliativo, etc); y por último, la satisfacción del paciente se refiere a las opiniones que tiene el paciente sobre el sistema y proveedores de atención sanitaria, y los autores del modelo consideran que la mejor manera de evaluarla es en el contexto de un episodio de búsqueda de atención concreto, reciente e identificable.

Andersen, inscribe el concepto de equidad dentro de su propuesta y formula que el acceso es equitativo cuando los factores predisponentes y las necesidades de salud de la población son responsables de la mayor parte de la variabilidad de la utilización. Alternativamente, considera el acceso inequitativo cuando son los factores capacitantes, las creencias en salud y la estructura social las que determinan las diferencias de utilización de servicios de la población (Aday & Andersen, 1974)

En las sucesivas revisiones del modelo se definen mejor la interrelación y retroalimentación entre los diferentes elementos del modelo, y se incorporan los determinantes individuales y contextuales. En una de las últimas revisiones de modelo plantean dos nuevos conceptos para evaluar el acceso: acceso efectivo y acceso eficiente. El acceso efectivo se establece cuando se demuestra que la utilización mejora el estado de salud y/o la satisfacción del paciente. El acceso eficiente se lograría cuando el estado de salud y/o la satisfacción aumentan en relación a la cantidad de recursos consumidos.

Para la evaluación de acceso, Aday y Andersen sugieren una serie de indicadores de estructura, proceso y resultados, según el objetivo de la evaluación. Los indicadores de estructura y proceso son oportunos cuando se pretende evaluar cómo una política o un programa de salud puede influir en el acceso realizado. Los autores utilizan el grado en que estos factores son modificables o “manipulables” por las políticas de salud para clasificar los indicadores de proceso, argumentando que la política se debe centrar en aquellos elementos susceptibles de ser manipulados. Así, consideran que la cobertura del aseguramiento y la distribución de recursos humanos en un servicio son factores manipulables, en el sentido que pueden ser modificados y determinan a corto plazo el acceso. Sin embargo, características sociodemográficas de la población como la estructura de sexo, edad o lugar de residencia son ejemplos de factores “inmutables” (Aday & Andersen, 1974).

Existen muchos estudios empíricos que utilizan el marco de Aday y Andersen para estudiar el acceso a través de sus determinantes, la mayoría de ellos son estudios transversales basados en encuestas y análisis multivariante de resultados (Burón Pust, 2012). La mayor parte de estas investigaciones se centran solo en algún aspecto determinado del modelo, debido a la falta de datos, a los problemas analíticos que genera la inclusión de un número amplio de variables, las importantes limitaciones para utilizar variables contextuales y a que los resultados de modelos de muchas variables y multinivel son complicados de explicar y difícilmente trasladables a las políticas en salud. El foco de análisis en estos estudios ha caído casi siempre en los factores poblacionales que influyen en la utilización de servicios.

Lo que pretende este estudio, es revisar además, factores de estructura institucional que podrían afectar el acceso a los migrantes a la salud. En este sentido, los factores asociados con las políticas de salud y la organización de los sistemas de salud pueden constituir obstáculos formales para el acceso a los servicios de salud. Esos factores incluyen restricciones legales a los derechos a recibir servicios de salud y obstáculos financieros para los migrantes irregulares y forzosos. En varios países, solo los servicios de salud de urgencia y algunos servicios privados limitados de organizaciones de caridad están al alcance de esos migrantes. Por ejemplo, las políticas y el tratamiento excluyentes causaron una accesibilidad limitada a los servicios de atención de salud para los trabajadores migratorios latinos varones en Carolina del Norte (Estados Unidos). Las tarifas que pagan los usuarios también se pueden considerar un obstáculo formal ya que generan desigualdad en el acceso debido a los escasos medios económicos de los migrantes (OPS-OMS, 2017b).

El análisis del acceso a partir de los indicadores de utilización propuestos por Aday y Andersen ha recibido también algunas críticas, tal y como recoge Hulka y colaboradores en su revisión sobre los patrones y determinantes de utilización. Esta autora considera que el estado de salud es el determinante más importante de la utilización de servicios. Asimismo, argumenta la dificultad de diferenciar la utilización necesaria de la excesiva, debido entre otros a la escasez de estudios que relacionen utilización con salud, que evalúen los efectos de la utilización sobre el estado de salud de la población. En cualquier caso, determina que una menor utilización no implicaría peor acceso si no existe una necesidad en salud o si se trata de servicios que no la mejoran y que los indicadores de utilización pueden obviar necesidades no satisfechas (Burón Pust, 2012) .

A pesar de que el modelo de Aday y Andersen es uno de los más utilizados por la comunidad científica en el estudio del acceso, no ha sido adaptado específicamente al acceso de los colectivos migrantes internacionales.

TEMA TRES: ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LOS MIGRANTES INTERNACIONAL.

Este estudio se centrará el análisis en el primer nivel de atención denominado Atención Primaria de Salud (APS)⁶; se escoge este nivel dado que la APS es la puerta de entrada del sistema de salud y el lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población, la mayoría de las veces (OPS & OMS, 2007).

En este contexto, existen diversas investigaciones en todo el mundo que estudian el acceso de migrantes internacionales en el primer nivel de atención, en este marco, se estudiará las barreras

⁶ La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de Salud como la "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...]. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [...] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad [...], llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud" (Tijoux Merino & Palominos Mandiola, 2016).

y facilitadores que permiten la entrada y permanencia en la APS.

Las revisiones sistemáticas y de alcance analizadas reflejaron dos tipos de situaciones que se pueden distinguir en la definición de los tipos de barreras de acceso a los servicios de salud que enfrentan los migrantes. Por un lado, existen barreras estructurales condicionadas por la ley y las restricciones reglamentarias establecidas de acuerdo con el tipo de modelo de atención médica vigente en cada país y que limitan el derecho de los grupos más vulnerables entre los que se incluyen los migrantes. Y, por otro lado, existen barreras relacionadas con la capacidad limitada de los servicios de salud y los proveedores para satisfacer las necesidades específicas de los migrantes, lo que limita su accesibilidad. Si bien el derecho se relaciona con el financiamiento y la administración (que afecta principalmente al modelo no universal del sistema de salud), la accesibilidad se relaciona con las características de la prestación de servicios (que está más relacionada con el modelo del Sistema Nacional de Salud) (Gil-Gonzalez et al., 2015). Las y los autores señalan que para distinguir entre estos temas, es importante, primero, identificar los obstáculos presentes en los distintos niveles institucionales de atención de la salud, segundo para evaluar el peso del contexto social de cada país y el tercero para identificar áreas prioritarias para el seguimiento de las desigualdades en el acceso a la salud en cada país.

Para comenzar y de acuerdo a la literatura, en relación a las barreras estructurales o también llamadas limitaciones de acceso legal, existe una investigación que evalúa el impacto de las políticas de inmigración en el estado de salud de los inmigrantes *indocumentados* (Martínez et al., 2016). Este trabajo parte desarrollando un diagrama que presenta cómo las políticas contra la inmigración afectan el acceso a los servicios de salud y los resultados de salud. La forma en que las leyes y políticas contra la inmigración influyen en el estado de salud se ilustra en la figura N°4. En general, la variable independiente será un aspecto de la creación de leyes (Camino A) guiado por cualquiera de las corrientes de políticas (es decir, problema, política o política). Las leyes y políticas contra la inmigración son las variables de resultado y las características políticas y otras características jurisdiccionales son a menudo las variables explicativas probadas.

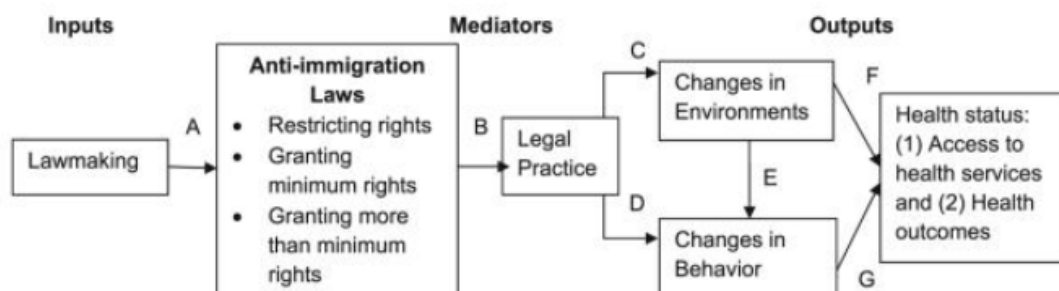


Figura N°4. (Martínez et al., 2016)

Las rutas B y C examinan a mediadores clave en la cadena causal que vincula las leyes contra la inmigración y la salud. Las leyes y políticas pueden variar considerablemente en el grado en que se implementan de manera efectiva. Las rutas C y D implican el estudio del efecto de la ley en los entornos y los comportamientos de salud. El término entorno no solo se refiere al entorno físico, sino también a estructuras e instituciones sociales, como clínicas de salud privadas y financiadas con fondos federales y organizaciones sin fines de lucro. Las leyes contra la inmigración y su implementación afectan a las instituciones y entornos sociales al aumentar o disminuir los recursos disponibles o al ampliar o reducir los derechos. Las leyes pueden afectar los comportamientos de salud tanto directamente (Ruta D) como cambiando las condiciones ambientales que hacen que las opciones de comportamiento particulares sean más o menos atractivas (Ruta CE) (Martínez et al., 2016)

Luego de la revisión sistemática, los autores señalan que las leyes y políticas de inmigración proporcionan explícitamente o restringen el acceso a los servicios de salud, identificando tres categorías con respecto al acceso a los servicios de salud: **(1) leyes y políticas que restringen los derechos de acceso a los servicios de salud, (2) leyes y políticas que otorgan derechos mínimos a los servicios de salud y (3) leyes y políticas que otorgan más que derechos mínimos a la salud servicios.** Varias leyes prohibieron o restringieron el acceso de los inmigrantes a los servicios básicos de salud, incluida la atención de emergencia. En particular, estas políticas expresaron explícitamente que los inmigrantes indocumentados no podían buscar servicios de salud o contenían cláusulas que les impedían buscar servicios de salud y los profesionales obligados a reportar el estado de la documentación. Por lo tanto, ser "indocumentado" se usó como un medio de exclusión de servicios vitales (por ejemplo, servicios de VIH e ITS) (Martínez et al., 2016).

Algunas jurisdicciones solo brindaron atención médica a inmigrantes indocumentados en centros de detención. Otros países tienen leyes y políticas explícitas en las que los inmigrantes indocumentados tienen derecho únicamente a la atención de emergencia o atención especificada en términos como "inmediato o urgente". Sin embargo, en muchos casos, aunque estos servicios estaban disponibles para inmigrantes indocumentados, dudaban en acudir a los centros de salud o recibir atención de emergencia debido a posibles represalias y temor de deportación. Por otro lado, también encontraron países que tenían leyes y políticas que permitían a los inmigrantes indocumentados acceder a la atención médica más allá de la atención de emergencia, en particular la atención primaria y secundaria. Sin embargo, este derecho a menudo involucraba procedimientos administrativos, incluida la finalización de solicitudes y formularios, que cuando se ponen en práctica, dificultan el acceso a la atención en cierta medida.

El temor percibido de deportación y acoso por parte de las autoridades se relaciona con la falta de acceso a una gama más amplia de servicios de salud. Los inmigrantes percibieron estas políticas como una amenaza no solo para ellos sino también para sus familias y como fuentes de criminalización. Además, en países con leyes explícitas que prohíben el acceso de los inmigrantes indocumentados a los servicios de salud, encontramos que instituciones como las agencias de aplicación de la ley y los establecimientos de atención médica discriminaban a los inmigrantes indocumentados. De esta manera, los inmigrantes indocumentados no solo temían la deportación, sino que también se sentían discriminados y hostigados por otras instituciones gubernamentales y

no gubernamentales. En particular, los puestos de control policiales y las redadas de inmigración perpetuaron el temor y el aislamiento de los servicios de salud (Martínez et al., 2016)

El estudio, además, entrega un dato importante en relación a los proveedores de los servicios de salud; los autores señalan que la presencia de una retórica contra la inmigración también afectó las actitudes y los comportamientos de los proveedores hacia las necesidades de salud de los inmigrantes indocumentados. Algunos proveedores, en las localidades donde se implementaron estas políticas contra la inmigración, discriminaron a los inmigrantes indocumentados al negar los servicios y los vieron como el "otro", lo que constituye otra barrera fundamental para el acceso a la atención. Los inmigrantes indocumentados también informaron sobre los prejuicios y la discriminación institucional, así como las diferencias culturales, lo que los disuadió de buscar y recibir los servicios necesarios

Continuando con las limitaciones en el acceso legal, pero a modo más general, información entregada por Migrant Integration Policy Index ha establecido que aunque la ley puede otorgar a los migrantes ciertos derechos a la cobertura de salud, los procedimientos administrativos (por ejemplo, los requisitos de documentación o las decisiones discrecionales) a menudo les impiden ejercer estos derechos. En este sentido, estudiando a países pertenecientes a Europa, Estados Unidos, Corea del Sur y Canadá, existen grandes discrepancias para los migrantes legales, a pesar del objetivo declarado de la UE de armonizar sus derechos. Destaca a Chipre con unos de puntajes más bajos, con un sistema integrado de cobertura de salud para los nacionales aún en desarrollo; España y Portugal han recortado algunos derechos como parte de las políticas de austeridad. Reino Unido ha introducido nuevas restricciones para los migrantes. Los derechos en Malta no están legalmente formalizados, mientras que los países de Europa Central con pocos migrantes ofrecen solo derechos limitados. En contraste, países como Bélgica, Francia, Países Bajos, Suecia y Suiza otorgan los mismos derechos a los migrantes que a los nacionales.

Los derechos para los solicitantes de asilo también muestran amplias variaciones, por ejemplo Corea del Sur, Letonia, Alemania, Malta y Lituania ofrecen solo derechos limitados o imponen barreras administrativas, mientras que Canadá ha abolido los derechos para ciertas categorías de solicitantes de asilo. En muchos países, los derechos requieren que los solicitantes de asilo permanezcan dentro de los centros de recepción o áreas designadas. Por otro lado, Turquía y Francia ofrecen virtualmente los mismos derechos que para los nacionales, mientras que Grecia, Rumania, Austria y República Checa no se quedan atrás.

La cobertura para migrantes indocumentados, tal como lo señala el estudio anterior, sigue siendo un tema controvertido en la mayoría de los países. Bélgica, Noruega, Nueva Zelanda, Corea del Sur, Letonia, Australia, Polonia, República Checa y Turquía ni siquiera cubren la atención de emergencia, aunque algunos tratamientos pueden proporcionarse por motivos de salud pública. Por el contrario, bajo ciertas condiciones, Suiza, Suecia, Italia, Países Bajos, Luxemburgo, Chipre y Francia brindan cobertura médica parcial o completa. En muchos países, las barreras administrativas impiden que los inmigrantes indocumentados ejerzan sus derechos legales

Por otro parte, queda pendiente abordar la revisión de la relación del acceso y uso de servicios de salud. La evidencia internacional (Cabieses et al., 2017) señala que el comportamiento y la utilización por parte de los inmigrantes en los países huéspedes, varían según sus costumbres y creencias, pero que pueden llegar a utilizarlos de manera similar a la población local luego de algunos años. Existen grupos vulnerables sin embargo, principalmente mujeres y niños, quienes subutilizan los servicios disponibles principalmente por desconocimiento o miedo a ser deportado en caso de estar en situación irregular sin embargo, son los primeros años donde se presentan los mayores diferencias en el uso del sistema sanitario. Distintos estudios han concluido que el uso del sistema médico es menor en la población migrante.

Para ejemplificar, un estudio Noruego (Diaz, Calderon, Prado, Poblador, & Gimeno, 2015) señala que un porcentaje significativamente menor de inmigrantes usó el médico de cabecera (APS) en comparación con los noruegos nativos. En esta misma línea, un año antes, otro estudio en el mismo país ha llegado a la misma conclusión, pero además ha añadido a la discusión, que la menor utilización de los servicios de atención primaria de la salud por parte de los inmigrantes podría reflejar una mejor salud entre los inmigrantes, pero también podría deberse a barreras de acceso que plantean desafíos para la salud pública (Diaz & Kumar, 2014).

Noruega no es el único caso de estudio, la variedad de estudios en Europa es significativa en comparación a otros continentes, lo que ha permitido además, poder realizar comparaciones entre países pertenecientes o no a la Unión Europea. Así lo demuestra una investigación: *“Acceso de los migrantes a servicios de salud preventivos (APS) en cinco países de la UE”* (Rosano et al., 2017), en la cual estudia los programas de detección de cáncer de mama, cervical y colorrectal en la población; en éste, se encontró que los migrantes tenían un acceso más bajo a los PHS⁷ (siglas en Inglés) que los nacionales, esto era particularmente cierto para aquellos de países no pertenecientes a la UE. La comparación entre los cinco países de la UE incluidos en el estudio mostró similitudes, con un acceso un poco más bajo en Italia y con la excepción de Malta. Este último, mostró un mejor acceso para los migrantes a los PHS, tanto para las pruebas de detección en mujeres (mamografía y pruebas de Papanicolaou) como para la vacunación contra la gripe en comparación con los nacionales.

Estos hallazgos están de acuerdo con estudios previos: Visser informó que las mujeres nacidas en países no occidentales de Europa asisten a las pruebas de detección de cáncer de mama con menos frecuencia que las mujeres nacidas en los Países Bajos y registran una tasa de detección más baja, lo que explica una actitud pasiva hacia la baja asistencia; otros estudios del Reino Unido, los Países Bajos y España mostraron que la aceptación del cribado cervical fue menor entre los migrantes en comparación con los no migrantes; del mismo modo, Anson informó que el acceso a servicios preventivos, como la vacunación contra el tétanos, la influenza y la rubéola, así como la detección temprana del cáncer de mama y cervical, fue mejor entre los belgas nativos en comparación con los inmigrantes de Marruecos y Turquía, incluso después de controlar las

⁷ Preventive health services (PHSs)

características sociodemográficas (Rosano et al., 2017). En Dinamarca y Suecia, se registró una tasa de participación más baja para las mujeres migrantes en las pruebas de mamografía en comparación con las mujeres nativas. Las posibles razones de esto son los factores que influyen en el comportamiento de detección, a saber, la falta de conocimiento, las barreras burocráticas y los problemas culturales.

Finalmente, el estudio concluye que la proporción de mujeres migrantes que participan en programas de detección fue menor que la de los nacionales, especialmente para la detección del cáncer de mama. En general, la proporción de mujeres que participan en los programas de detección del cáncer cervical es muy baja en Bélgica y en Malta.

Asimismo, un reciente estudio publicado en Suecia, ha concluido que los inmigrantes indocumentados suelen consultar menos y más tarde en el curso de los problemas de salud que la población general y, en particular, los solicitantes de asilo y los refugiados que tienen un acceso más fácil al sistema de salud suizo. La gran cantidad de condiciones de salud en esta población relativamente joven se presta al hecho de que las condiciones de vida adversas, incluidas las condiciones de trabajo precarias, y la ausencia de derechos legales a los derechos sociales pueden tener un impacto negativo en la salud (Jackson, Paignon, Wolff, & Delicado, 2018).

Es importante en este punto preguntarse entonces, ***¿Qué elementos favorecen y cuáles dificultan el acceso de los inmigrantes a la Atención Primaria de Salud?***, pregunta clave para el desarrollo de este trabajo.

Realizando una revisión de la literatura, destaca una investigación de Académicos de la Universidad de Calgary realizada en Canadá (Ahmed et al., 2016) que analizaron 27 artículos relacionados con el tema. Esta revisión destacó que las barreras de acceso eran debidas a 5 elementos: la cultura, la comunicación, el estatus socioeconómico, la estructura del sistema de salud y el conocimiento de los inmigrantes⁸.

Entre los cinco temas de barreras que se identificaron en este estudio, las barreras culturales y de comunicación resultaron ser muy significativas⁹.

Las inclinaciones culturales influyen en la forma en que las personas cuidan su salud y toman decisiones relacionadas con la salud. Una de las barreras culturales más relevantes está relacionada con el género de los médicos. Las mujeres inmigrantes, especialmente las asiáticas, del sur de Asia y las musulmanas practicantes prefieren a las médicas para su cuidado, especialmente por cuestiones de maternidad y ginecología. Otro hallazgo, es que a veces las mujeres inmigrantes no se sienten cómodas compartiendo su enfermedad con sus familiares o amigos debido a los temores de ser excluidas. En muchos países, una enfermedad grave o una enfermedad mental se interpreta como una cuestión de vergüenza y desgracia para la familia.

⁸ Traducido por el autor.

⁹ Traducido por el autor.

Los problemas de comunicación por parte de los médicos o pacientes pueden tener un efecto profundo en el acceso y la calidad de la atención. La mayoría de los inmigrantes a Canadá, provienen de países donde ninguno de los idiomas oficiales canadienses (inglés y francés) se habla. Por lo tanto, un número significativo de inmigrantes canadienses no pueden conversar con un médico en Canadá. Los médicos a menudo se sienten frustrados cuando no entienden las necesidades de sus pacientes. Los traductores profesionales se utilizan en algunos hospitales y clínicas para mitigar la barrera del idioma, pero los médicos no siempre se sienten cómodos con la comunicación mediada por traductores.

Debido a que la cultura y la comunicación están muy interrelacionadas, la falta de habilidades de comunicación intercultural entre los médicos es una barrera potencial. Por ejemplo, los pacientes inmigrantes de Medio Oriente o Asia pueden no responder a una pregunta como: "¿Es usted sexualmente activo?". Tales preguntas directas son inusuales en sus países. Por lo tanto, estos inmigrantes pueden sentirse avergonzados durante su comunicación con los médicos, lo que puede llevar a evitar en el futuro la atención primaria de salud.

También identificaron que el estatus socioeconómico de los inmigrantes es una barrera para la atención médica. A su llegada a Canadá, los inmigrantes a menudo enfrentan problemas económicos que incluyen oportunidades de empleo restringidas, que incluyen trabajo poco calificado y salarios bajos. Aunque la atención médica en Canadá es universal para todos, tener más de un trabajo para mantener una familia o trabajos con salarios bajos a menudo significa que los inmigrantes no pueden o no darán prioridad a la atención médica, incluso cuando están enfermos.

En relación a las barreras estructurales del sistema de salud identificadas apuntan a la necesidad de mejorar la conciencia cultural ya que inmigrantes tienen una tendencia a comparar el sistema de salud canadiense con los sistemas de salud en los países de los cuales emigraron. Por ejemplo, la cultura de los médicos asiáticos es satisfacer a sus pacientes con recetas y pruebas de diagnóstico. Dado que esta cultura está muy ausente en Canadá, puede ser frustrante para el paciente que tiene esa expectativa pero no se cumple. A menudo, los pacientes inmigrantes esperan que los médicos canadienses entiendan su cultura en relación con la salud y la práctica de los médicos de su país de origen.

Por último, cuando los inmigrantes van a Canadá por primera vez, no pasan por ningún programa de orientación obligatorio para proporcionar información sobre el sistema de salud canadiense. La falta de conocimiento puede ser una barrera sustancial para la atención de salud, por ello, mejorar el conocimiento de los inmigrantes sobre el sistema de salud puede aumentar la aceptación de la atención primaria, ya que la investigación ha informado que las mujeres inmigrantes con mayor conocimiento del sistema de salud tienen mayores probabilidades de someterse a pruebas de detección de cáncer que las mujeres con menos conocimientos.

Tal como se señala, al inicio de este capítulo, un estudio más general pero que analiza múltiples países, es uno presentado por Académicos de la Universidad de Alicante intentando sintetizar la evidencia científica sobre las barreras al acceso a la atención de salud que enfrentan los

migrantes (Gil-Gonzalez et al., 2015), dentro de este estudio han identificado que las barreras de acceso a los servicios de salud, según se definen en el modelo de Andersen, han identificado barreras estructurales / contextuales e individuales¹⁰.

Las barreras que involucran la falta de seguro médico o el pago de los usuarios, las restricciones legales al acceso de ciertos grupos vulnerables y los problemas en el modelo organizativo del sistema de salud se han identificado como estructurales. Los factores culturales y lingüísticos – como lo demuestran los estudios previos analizados- , y la falta de información de salud relevante proporcionada, se han caracterizado tanto como consecuencia de la prestación del servicio como de las creencias del paciente y del proveedor.

Se debe enfatizar que esta revisión general examina un rango diverso de revisiones de diferentes países basadas en poblaciones heterogéneas; esto implica que las barreras y los factores determinantes del acceso a los servicios de salud respectivos deben analizarse dentro del contexto nacional correspondiente.

En cada entorno específico de atención médica, surgen barreras cuando el sistema de salud no otorga a los proveedores las herramientas necesarias para aumentar su competencia cultural. Además, también surgen barreras cuando el profesional no puede apreciar, explorar y aceptar las diferencias sociales y culturales entre él y su paciente. Este concepto de cultura no se considera como estático y determinante de las acciones individuales, sino como procesos dinámicos. En este sentido, es importante promover la atención médica para los migrantes que consideran elementos culturales desde una perspectiva antropológica (Gil-Gonzalez et al., 2015).

Es relevante añadir a la discusión, un estudio de limitaciones de acceso que relaciona la discriminación estructural y su consecuente efecto como barrera de acceso; los factores de riesgo a los que están expuestos en su entorno social y laboral parecen estar estrechamente vinculados con su posición en la estructura social, especialmente en el caso de ciertas nacionalidades, un hecho que les impide disfrutar de derechos como los permisos por enfermedad pagados (Agudelo-Suárez et al., 2009).

En línea más general, un estudio en España ha señalado para ese país que la escasa *tradición* en la asistencia sanitaria a personas de otros países, unido a la novedad del fenómeno migratorio, condiciona una pobre adaptación del sistema sanitario; no existiendo una adecuada relación entre los recursos actuales y el volumen de trabajo que requiere la atención de estos pacientes (Cañada, 2015).

Otro elemento de la estructura sanitaria, es las dificultades que tienen, por ejemplo, los inmigrantes indocumentados para acceder a la atención médica, en este sentido, un estudio en Chile señala que los migrantes se ven afectadas por la percepción de los funcionarios de salud quienes, al elaborar su propio sistema de representaciones, los ven como una carga para el sistema, y no como parte legítima de la comunidad de usuarios. Los datos expuestos respaldan la

¹⁰ Texto traducido por el autor.

idea de que tanto el infraderecho, como la discriminación hacia el grupo que representa la alteridad en el sistema, se producen indistintamente de la posición social del funcionario, no dependen del cargo, ni del nivel educacional, ni de la edad, ni del sexo, sino de la xenofobia y los prejuicios derivados de las nociones nacionalistas (Concha & Mansilla, 2017).

Esas percepciones negativas, junto con las facultades discrecionales ejercidas por los funcionarios de salud, podrían invalidar derechos consagrados en la legislación chilena, o contemplados en tratados internacionales y acuerdos interministeriales. Esta situación, además, puede generar mayor pobreza a los indocumentados que no tienen otra opción que la salud privada.

Es importante añadir a la discusión, un estudio de tipo cualitativo, realizado en Cataluña- España, indicaba que los gerentes y proveedores de servicios de salud mencionaron la necesidad de proporcionar materiales multilingües y servicios de traducción para superar las barreras de comunicación e información. Además, con el objetivo de atender a pacientes de diferentes culturas, los proveedores de salud consideraron que necesitaban una capacitación práctica que se centrara más en aspectos culturales, como la percepción de la enfermedad o la atención de salud de los migrantes, que en patologías infecciosas importadas. A pesar de estas recomendaciones, pocos estudios evaluaron los programas de intervención con respecto a las barreras que enfrentan los migrantes para el acceso a la atención médica, aunque proporcionaron un conocimiento útil sobre cómo eliminar estas barreras (Gil-Gonzalez et al., 2015).

En una revisión general de intervenciones basadas en los determinantes sociales más amplios de la salud de Gil-González et al., cuatro revisiones se centraron en intervenciones dirigidas a mejorar el acceso cultural y geográfico. Sin embargo, la evidencia de estas revisiones en general no fue concluyente. Aunque algunas intervenciones parecieron mejorar el acceso a la atención médica para las poblaciones, ninguna de las revisiones informó si los impactos de las intervenciones diferían entre los diferentes grupos en la población estudiada. Otra revisión sobre las intervenciones para mejorar la competencia cultural en los sistemas de atención de salud no pudo determinar la efectividad de ninguna de las intervenciones realizadas. Los autores afirman que se necesita investigación adicional para determinar si estas intervenciones son efectivas para mejorar la satisfacción del cliente con la atención recibida, mejorar la salud del cliente y reducir las diferencias raciales o étnicas inapropiadas en el uso de los servicios de salud o en el tratamiento recibido o recomendado.

Otro estudio en España, parece indicar que una gran parte de los factores que determinan el acceso de la población inmigrante son de carácter socioeconómico y similares a los de la población autóctona, por ejemplo, tener seguro privado o el nivel de estudios en el acceso a la atención especializada, y señalan la existencia de barreras socioeconómicas, indicando desigualdades sociales en el acceso en ambas poblaciones. Por otro lado, la asociación de una menor búsqueda de atención de la población inmigrante en situación administrativa irregular junto con el miedo a registrarse en instituciones oficiales podría indicar su carácter determinante, aun en contextos donde el acceso es universal, como señalan los estudios realizados en países con sistemas de salud análogos (Llop, Vargas, García, Aller, & Vazquez, 2014).

En esta misma línea, es relevante señalar, que las barreras de acceso se hacen aún más presentes en casos aún más extremos de inmigración como lo es el asilo y refugiados. Un estudio en Reino Unido demostró que las personas ASR¹¹ (Siglas en Ingles) enfrentan múltiples barreras al acceder a la atención primaria de salud. La falta de conocimiento de la estructura y función de los servicios de salud hizo que éste fuera difícil de acceder y gestionar. Las barreras idiomáticas y la interpretación inadecuada en la atención primaria crean barreras tanto inmediatas como a largo plazo para acceder a la atención. Se reportó discriminación en las cirugías de medicina general relacionadas con raza, religión y estado de inmigración(Kang, Tomkow, & Farrington, 2019). Sumado a lo anterior, un estudio realizado para todo Europa, destaca las mismas barreras, pero incorpora la falta de continuidad de la atención (Van Loenen et al., 2018).

Sin embargo, destaca de este artículo el aporte de facilitadores que podrían colaborar con el acceso de inmigrantes al la Atención Primaria de Salud, indicando por ejemplo que todos los participantes entrevistados expresaron el deseo de trabajadores de la salud compasivos y culturalmente competentes, en los que puedan encontrar confianza, que involucren intérpretes cuando sea necesario. En este sentido, se suma otra investigación que identifica que para lograr una buena relación entre proveedor de salud y usuario, además de solucionar los temas administrativos y técnicos señalados previamente, es fundamental comprender la cultura, costumbres y lenguaje del paciente que se está atendiendo (Bernales, Cabieses, McIntyre, & Chepo, 2017).

Desde todo lo anteriormente dicho, desprende la importancia que tienen las políticas públicas en temas de salud e inmigración, que surgen a nivel central (gobiernos) pero que son ejecutadas a un nivel local. En este sentido, el presente estudio además, pretende ser un aporte en la literatura sobre este tema, estudiando las políticas a nivel local y cómo estas colaboran en cómo facilitador o obstaculizador en el acceso de la salud de los migrantes internacionales.

TEMA CUATRO : POLÍTICAS MIGRATORIAS.

Las políticas migratorias se pueden definir como los cursos de acción, las medidas reglamentarias y la legislación adoptada por un gobierno con respecto a la entrada de personas extranjeras a la jurisdicción territorial de ese gobierno ya la integración de estas personas en el tejido social del área de recepción. Esta definición abarca el control de inmigración (la admisión, exclusión o deportación de ciudadanos extranjeros), así como la integración de inmigrantes (la integración social de ciudadanos extranjeros en el país anfitrión) a comunidades. Incluye programas gubernamentales a largo plazo, así como actos gubernamentales a corto plazo (Filomeno, 2017).

Los vínculos entre las políticas y los resultados no siempre son claros. Algunos países mejoran activamente sus políticas para responder a los problemas en el terreno, mientras que otros los ignoran. Algunas políticas están llegando a muchos inmigrantes elegibles, mientras que otras

¹¹ ASR: Asylum Seekers and refugees

están mal implementadas o limitadas a proyectos de pequeña escala y mejores prácticas. La revisión de estadísticas y evaluaciones del organismo Internacional Migrant Integration Policy Index (MIPEX, 2015), por ejemplo, sugiere que las políticas ayuden a los inmigrantes y sus hijos en la práctica a reunirse, recibir capacitación básica, convertirse en residentes permanentes, votantes y ciudadanos, y utilizar sus derechos como víctimas de discriminación .

La gestión de la movilidad humana de acuerdo a lo que estableció la World Economic Forum (World Economic Forum & PwC, 2017) es uno de los mayores desafíos para los países de destino en todo el mundo, en los países desarrollados y en desarrollo. Esto se agrava aún más en las ciudades donde los migrantes suelen buscar una mejor calidad de vida. Las causas y rutas de los flujos migratorios para diferentes tipos de migración son difíciles de distinguir, lo que plantea dificultades para los gobiernos. Con los refugiados protegidos por la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados y los migrantes voluntarios admitidos en los mercados laborales de destino a través de la decisión soberana de los países anfitriones, los gobiernos deben planificar los diferentes tipos de migrantes en consecuencia.

Por lo que respecta a políticas migratorias en salud, la atención a las necesidades en esta materia es bastante reciente (MIPEX, 2015). De acuerdo a datos entregados por Migrant Integration Policy Index, los sistemas de salud suelen ser más "amigables con los migrantes" en países con un fuerte compromiso con la igualdad de derechos y oportunidades. Las políticas son al menos ligeramente favorables en la mayoría de los países de habla inglesa (Nueva Zelanda, EE.UU., Australia, Reino Unido), los países nórdicos (Noruega, Suecia, Finlandia) y las principales regiones de destino en Suiza, Italia y Austria. En el otro extremo, los sistemas de salud rara vez son inclusivos o receptivos en países con políticas de integración restrictivas, como en la mayor parte de Europa central y sudoriental. Excepcionalmente en unos pocos países, las políticas de salud de los migrantes son mucho más favorables que las políticas de integración del país en otras áreas.

El sistema de salud puede enfocarse más activamente en las necesidades específicas de los migrantes debido a las adaptaciones en regiones con muchos inmigrantes (Austria, Italia, Suiza). Donde el número de migrantes es muy bajo (Rumania, Bulgaria, Japón, Polonia, Corea del Sur, Eslovaquia), poco o nada puede hacerse para adaptar la prestación de servicios a sus necesidades. Las medidas de austeridad también juegan un papel importante (Grecia, Portugal, España). Las políticas de salud dirigidas a los migrantes generalmente son más fuertes y los servicios son más receptivos en los países con mayor riqueza (PIB), más inmigrantes y basados en impuestos en lugar de los sistemas de salud basados en seguros. Por ejemplo, 8 de los 9 países con las políticas más receptivas para lograr este cambio tienen sistemas nacionales de salud (Australia, Dinamarca, Irlanda, Italia, Nueva Zelanda, Noruega, España, Reino Unido), con la única excepción de EE. UU. También surgen vínculos entre las políticas de salud de los migrantes en la mayoría de los países. Primero, los servicios más receptivos se encuentran en países con buenos mecanismos para promover el cambio (Reino Unido, Nueva Zelanda, EE. UU., AU). Sin embargo, tales países no necesariamente otorgan a los inmigrantes los mejores derechos. Algunos países ofrecen a los migrantes derechos legales para el cuidado de la salud,

pero hacen un pequeño esfuerzo para adaptar los servicios a sus necesidades (Japón, Francia, Estonia y la mayoría de los países del sudeste de Europa), mientras que otros parecen tener las prioridades opuestas (Australia, EE. UU., Reino Unido) (MIPEX, 2015).

Por otra parte, en la región Latinoamericana y del Caribe, existen escasos estudios que investiguen sobre política comparada de naciones, sin embargo, Cabieses ha señalado que ciertos países receptores (de esta región) cuentan con iniciativas a nivel de leyes o políticas que buscan otorgar prestaciones en salud a migrantes internacionales. Si bien no corresponden a políticas de salud migratorias, estas logran administrar la coordinación intersectorial, la capacitación de trabajadores de la salud y las estrategias para ampliar la cobertura y acceso a servicios (Cabieses et al., 2018).

Si bien dentro de los países Latinoamericanos y del Caribe existen iniciativas para la integración de personas migrantes internacionales a la salud pública, todavía en ninguno se ha desarrollado una política de salud migratoria propiamente. Se vuelve explícita la necesidad de que en todo el continente se plantee con urgencia el asegurar el derecho a salud de todas las personas. En la región también son escasos los acuerdos binacionales o internacionales de salud (hasta la fecha existen sólo cuatro), lo que dificulta la planificación y cooperación entre países que poseen espacios sociales cada vez más multiculturales, transnacionales y dinámicos (Cabieses et al., 2018).

El gran desafío de la migración, no tan solo debe ser asumido por los distintos Estados, no debemos olvidar que los inmigrantes se asientan abrumadoramente en las ciudades una vez que llegan a su país de destino. Sin embargo, las estadísticas sobre el número de migrantes en las ciudades son limitadas, en particular las relacionadas con las economías en desarrollo donde dicha información podría contribuir a la planificación urbana para preparar mejor a las ciudades para gestionar la migración. Las ciudades abordan las necesidades inmediatas de los migrantes y responden a algunos de los desafíos de la integración. Dados los aumentos proyectados en la urbanización y la migración, las ciudades continuarán desempeñando un papel integral en la movilidad humana en las próximas décadas (World Economic Forum & PwC, 2017).

Por lo anterior, es importante para este estudio, ahondar en políticas locales de migración. De acuerdo al libro Teoría local de política de inmigración, la política de inmigración local se denominará como la política de inmigración de un gobierno con existencia corporativa que opera bajo el estado / provincia y los niveles nacionales de gobierno (Filomeno, 2017). Para algunos autores, los gobiernos locales solo pueden tener “políticas de inmigrantes” (políticas de integración de inmigrantes), pero no la política de inmigración. Este entendimiento se basa en un concepto de política de inmigración que lo restringe al control de la inmigración y asume que esta función es una prerrogativa exclusiva de los gobiernos nacionales. Sin embargo, esta distinción no captura con precisión la realidad de la participación de los gobiernos locales en la gobernanza de la inmigración.

En los Estados Unidos por ejemplo, muchos gobiernos locales han colaborado con las autoridades federales para hacer cumplir la ley nacional de inmigración. En ciudades como

Carpentersville (Illinois), Farmers Branch (Texas) y Hazleton (Pensilvania), se propusieron ordenanzas locales sobre vivienda y empleo con el objetivo deliberado de luchar contra la presencia de inmigrantes no autorizados en esas localidades. En contraste, ciudades como Baltimore (Maryland) y Filadelfia (Pensilvania) tienen políticas que restringen la cooperación con las autoridades federales en la aplicación de la ley de inmigración, con el objetivo de promover el asentamiento y la integración de inmigrantes en esas localidades. Esta complejidad también se encuentra en otras regiones del mundo. Por ejemplo, en Suiza, los municipios manejan solicitudes de ciudadanía y, en México, la capital nacional brinda apoyo financiero para que los inmigrantes indocumentados paguen las tarifas de regularización que cobra el Instituto Nacional de Migración. Por lo tanto, es teórica y empíricamente razonable referirse a la participación de los gobiernos locales en el gobierno de la inmigración como una política de inmigración local, que incluye ambas funciones de integración de inmigrantes y control de la inmigración (Filomeno, 2017).

La política de inmigración local se encuentra en la intersección de dos de los aspectos más importantes de la globalización contemporánea: la movilidad humana internacional y la urbanización. Según la Organización Internacional para las Migraciones, “una gama mucho más amplia de ciudades [...] se han convertido en destinos para los migrantes. [...] Las ciudades en todas partes están experimentando un flujo y reflujo constante de personas entre lo urbano, lo regional, lo nacional y lo global. [...] Para un número pequeño y creciente de ciudades, las políticas y programas de inmigración ahora son parte integral de su gestión y desarrollo urbano” (Organización Internacional para las Migraciones 2015, p. 3). Debido a que la mayoría de los inmigrantes residen en áreas urbanas, es en las ciudades donde la inmigración “toca el suelo”. Los inmigrantes son, de hecho, la “cara visible de la globalización” (Filomeno, 2017)

Lo “local” puede ser un sitio donde las políticas nacionales pueden operar como una restricción, donde las políticas nacionales pueden ser cuestionadas, reforzarse, o de dónde pueden originarse. Lo mismo puede decirse acerca de la relación entre el nivel de gobierno “local” y el nivel “internacional / global”. Por ejemplo, las políticas locales de inmigración de exclusión pueden reforzar, a nivel local, el cierre de la ciudadanía nacional impulsada por el sentimiento xenófobo. Por el contrario, las políticas locales de inmigración inclusivas pueden expandir, a nivel local, los derechos y deberes asociados con la “ciudadanía” de inmigrantes bajo la guía de normas internacionales de derechos humanos (Filomeno, 2017).

De acuerdo al mismo autor, existen al menos tres vías para la generalización del enfoque relacional de los estudios de la política de inmigración local a otros campos de investigación. Primero, podría aplicarse en estudios de tipos de políticas locales / urbanas. De hecho, muchas de las políticas locales no son exclusivamente políticas de inmigración; también pertenecen a ámbitos políticos más destacados en los estudios urbanos, como vivienda, empleo, educación y seguridad pública. Por ejemplo, las ordenanzas locales que impiden que la policía pregunte a las personas sobre su estatus migratorio no son solo políticas de inmigración; también son políticas de seguridad pública. Las políticas locales que facilitan el acceso de los inmigrantes

al microcrédito y la propiedad de las empresas no son solo políticas de inmigración; también son políticas de desarrollo económico. Si el enfoque relacional es útil para explicar la política de inmigración local, también será útil para explicar las políticas locales en otras áreas problemáticas.

En segundo lugar, el enfoque relacional podría aplicarse en estudios de políticas de inmigración de niveles más altos de gobernabilidad (Filomeno, 2017). Algunos argumentos relacionales ofrecidos en estudios previos de la política de inmigración local en realidad se parecen a argumentos relacionales formulados en estudios de la política nacional de inmigración (donde este tipo de perspectiva también es inusual). Por ejemplo, no solo las ciudades han adoptado políticas amigables con los inmigrantes altamente calificados bajo presiones competitivas globales; se ha observado un proceso muy similar entre los gobiernos nacionales. Sin embargo, al explorar esta avenida de generalización, los académicos deben tener en cuenta que los gobiernos nacionales disfrutan de una gama de políticas (dada por la soberanía nacional) de la que carecen los gobiernos subnacionales. Además, algunas áreas temáticas podrían ser más relevantes para los gobiernos nacionales que para los gobiernos subnacionales en la formulación de políticas de inmigración, como la seguridad nacional. Más que una cuestión de prioridad diferencial, esto es algo que puede resultar de una competencia legal diferente, derivada de las "divisiones del trabajo" entre los diferentes niveles de los gobiernos establecidos en las constituciones. Además, en lugar de concebir las ciudades como sitios abiertos que contienen relaciones de poder multiescalar, uno debería pensar en los países como espacios abiertos incrustados en procesos más amplios que engloban (y los vinculan) a otros países. Aún así, los principios ontológicos, teóricos y metodológicos del enfoque relacional deberían traducirse fácilmente al nivel nacional.

Por último, dado que el enfoque relacional de la política de inmigración local se diseñó para resaltar el papel de las relaciones intergubernamentales (con especial atención a la difusión de políticas vertical y horizontal, y las redes de políticas), se puede extender a los estudios de la gobernanza multinivel de Inmigración, que analiza simultáneamente las políticas de inmigración de múltiples niveles de gobierno

Ahora bien, distintas ciudades colaboran por medio de distintos organismos internacionales en potenciar y fomentar las estrategias y políticas en estas materias. En este sentido, destaca un proyecto de Migración entre Ciudades del Mediterráneo (MC2CM) tiene como objetivo contribuir a la mejora en la gestión de la migración a nivel local. Este proyecto se implementó por un consorcio liderado por el Centro Internacional para el Desarrollo de Políticas de Migración (ICMPD) en colaboración con Ciudades y Gobiernos Locales Unidos (UCLG), ONU - Hábitat y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR), en el marco del Diálogo sobre Migración en tránsito en el Mediterráneo (MTM). El proyecto ha involucró a las ciudades de Amán, Beirut, Lisboa, Lyon, Madrid, Tánger, Túnez, Turín y Viena y ha profundizado en el contexto local de cada ciudad produciendo perfiles de migración, así como documentos prioritarios validados por la autoridad de la ciudad y las partes interesadas. También ha aplicado un enfoque regional a temas de interés mediante eventos temáticos sobre asuntos relevantes para las autoridades locales, incluyendo: cohesión social y diálogo intercultural e interreligioso; empleo y

emprendimiento; derechos humanos y acceso a los servicios básicos; acogida de refugiados; planificación urbana y de la vivienda y coordinación entre instituciones (CGLU, 2017).

En materia de salud migratoria, este proyecto cuenta con dos recomendaciones generales: en primer lugar, proteger el bienestar individual y la salud pública garantizando a todos, incluyendo migrantes y refugiados, el acceso a servicios básicos de sanidad. La transversalidad de género y la lucha contra la discriminación son claves en este asunto. Y ayudar a hospitales e instituciones sanitarias a proveer un mejor servicio a los recién llegados y personas desplazadas compartiendo información relacionada con la salud, recomendaciones y conocimientos sobre enfermedades específicas y sus tratamientos, incluyendo los protocolos de vacunación.

El World Economic Forum al momento de establecer el documento "Migration and Its Impact on Cities" señaló que la salud está considerablemente relacionada con las condiciones y el entorno en el que las personas nacen, viven y trabajan. La migración, las estructuras sociales y las políticas económicas son otros determinantes sociales de la salud. La presencia de enfermedades infecciosas en los migrantes es motivo de preocupación para las ciudades, que en algunos casos han optado por detectarlas, lo que lleva a debates sobre los derechos humanos de los migrantes. Si bien el "efecto migratorio saludable" puede ser aplicable en los casos en que los migrantes son generalmente más saludables que la población, los migrantes con condiciones de salud preexistentes pueden dañar los sistemas de salud de las ciudades. En ciudades con una importante población migrante que vive en barrios marginales, las condiciones de vida de los migrantes y otros determinantes sociales exacerban los riesgos físicos, mentales y de salud social. Están expuestos a tales riesgos no solo durante su salida de sus países de origen, sino también antes y después de abandonarlos. Las estadías en los campamentos de refugiados o la *falta de conocimiento sobre los servicios de salud locales dentro de la ciudad anfitriona pueden llevar a una inseguridad existencial y pueden tener un impacto negativo en el bienestar de los migrantes*. Estas situaciones pueden causar altos niveles de ansiedad, resultando en, por ejemplo, presión arterial más alta, o pueden manifestarse indirectamente a través de prácticas inseguras (abuso de drogas), recursos inadecuados para priorizar la prevención de enfermedades o buscar acceso a atención médica cuando sea necesario, o más pobres Adherencia al consejo médico. Las realidades resultantes de un nuevo entorno social y político y de las barreras del idioma imponen grandes exigencias en las habilidades de afrontamiento de los migrantes de primera y segunda generación y su capacidad de adaptación. Los efectos del proceso de adaptación, en particular sobre el bienestar mental, dependen, por ejemplo, de la red social de migrantes, su género, edad, aptitud lingüística, calificaciones educativas y creencias religiosas, así como la justificación de la migración y la forma en que se recibieron al llegar a su destino (World Economic Forum & PwC, 2017)

Revisada la teoría, y reiterando las ideas fuerza del estudio, la migración abarca políticas económicas y sociales, derechos humanos y cuestiones de equidad, agendas de desarrollo y normas sociales, todas las cuales son relevantes para la salud migratoria. Esta realidad otorga un verdadero desafío para que Estados dispongan (de acuerdo a los Tratados Internacionales) de las condiciones necesarias para todas aquellas personas que migran a otro país. En este sentido, se espera que los Estados colaboren en dar respuesta a aquellos derechos propios del ser

humano, especialmente con aquellos aspectos que asegure salud y el bienestar (alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios)¹².

Es trascendental para estudio, además, realizar una revisión sociológica en relación a las migraciones, la cual identifica que “las migraciones no son un fenómeno reciente ni localizado. Hombres y mujeres abandonan sus países buscando trabajo y supervivencia empujados por la pobreza, las guerras, los conflictos civiles y las persecuciones que ponen en peligro sus vidas. Son personas expulsadas de sus países que provienen generalmente de poblaciones empobrecidas para devenir protagonistas de las migraciones, un fenómeno sin precedentes que actualmente se produce en un contexto de total explotación dada en un siglo de mundialización globalizada, que los somete a todo tipo de violencias”(Tijoux Merino & Córdova Rivera, 2016).

Las autoras y académicas Tijoux & Córdova han añadido aún a la discusión que los países receptores, buscando proteger a sus naciones y asustados por lo que consideran una “invasión”, levantan muros en las fronteras e imponen medidas extremas para restringir estos desplazamientos, acrecentando el tráfico y la trata que tienen trágicas consecuencias para los inmigrantes. Estos hechos muestran la exacerbación de una de las paradojas de la modernidad, correspondiente a una cultura de “residuos humanos”, que abarca toda una masa de “poblaciones superfluas” conformadas por migrantes, refugiados y otros “condenados de la tierra”. No obstante, en este mismo marco de violencia y expulsión, el inmigrante deviene cada vez más necesario para el desarrollo de una economía global que lo demanda y lo cosifica como mano de obra que ingresa en las sociedades de destino, pero siempre desde una posición subordinada que los suma a quienes ya permanecen fuera de las ganancias de la modernidad.

La literatura especializada da cuenta de las características de las personas inmigrantes, como de sus relaciones, intereses y modos en que organizan las remesas que envían a los suyos. Sabemos de la contribución que entregan a los países receptores y de los procesos de aculturación que en todas direcciones se producen y conocemos también, la folklorización y exotización que los hace objeto de reposo y distracción. Sin embargo, hay responsables mayores del sufrimiento silenciado que los inmigrantes arrastran debido a su necesidad de callar, ocultar e incluso aceptar agresiones cuando se trata de permanecer en un lugar intentando vivir y no ser expulsado o perseguido (Tijoux Merino & Córdova Rivera, 2016).

Bajo tales circunstancias, es preciso reconocer que no toda persona que se establece en un país del cual no es nacional es considerada como inmigrante. Lejos de ser meramente una distinción jurídica, el carácter de inmigrante conlleva una serie de connotaciones negativas relacionadas con la desnaturalización del otro mediante la figura del extranjero, del que se encuentra fuera de los límites de la comunidad, y del pobre, inferior económica y culturalmente; dando forma a un sujeto ajeno al proceso civilizatorio, elemento fundamental para comprender los procesos de construcción de lo nacional. Por tanto, el inmigrante como paradigma del extranjero cuestiona el orden social en términos económicos y culturales, exponiendo los antagonismos de la sociedad de

¹² Artículo 25 de las Declaración Universal de Derechos Humanos.

destino, tales como los de raza, género, nación y clase, mediante la inscripción de ellos en sus cuerpos en términos de estigma (Tijoux Merino & Palominos Mandiola, 2016).

Ahora bien, llevando la discusión al trabajo investigativo aquí presentado, es posible determinar que la **relación entre migración y salud es compleja** y su impacto varía considerablemente entre los grupos de migrantes y de persona a persona dentro de dichos grupos. Las condiciones que rodean el proceso de migración pueden exacerbar las vulnerabilidades de salud y las conductas de riesgo, como el caso de una víctima de tráfico sexual a través de redes transnacionales. A la inversa, puede ser un facilitador para lograr mejores trayectorias de salud, como el caso de un refugiado recién llegado como parte de un programa de asentamiento humanitario que accede al tratamiento de una enfermedad crónica. Debido a la falta de estatus legal, el estigma, la discriminación, el idioma, las barreras culturales y los niveles de bajos ingresos, los migrantes irregulares pueden ser excluidos del acceso a servicios de atención primaria de salud, campañas de vacunación e intervenciones de promoción de la salud (Migration Data Portal, 2019)

Es por ello, y como se mencionó anteriormente, este estudio pretende dar respuesta a: **¿Qué elementos favorecen y cuáles dificultan el acceso de los inmigrantes a la Atención Primaria de Salud?**.

El estudio, tendrá por objetivo general: Analizar los elementos que favorecen y dificultan el acceso de la población migrante internacional a la Atención Primaria de Salud, desde la perspectiva de la población de migrantes internacionales que acceden al sistema de salud primario, migrantes internacionales que no acceden al sistema de salud primaria, profesionales/técnicos de los equipos de salud de Centros de Salud Familiar (CESFAM) y directivos de políticas públicas.

Para un mejor estudio, se han elaborado 3 objetivos específicos:

1. Comprender las razones, motivaciones y experiencia de la migración, desde la perspectiva de la población migrante.
2. Indagar los elementos que favorecen y dificultan el acceso a la APS de la población inmigrante en Chile, desde la perspectiva de los migrantes, de los equipos de salud, y de los directivos de políticas públicas.
3. Integrar de manera articulada y comparativa los elementos que influyen en el acceso a la APS de la población migrante en Chile.

III. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio cualitativo, fenomenológico, descriptivo¹³, en el que se parte del marco conceptual propuesto por Aday y Andersen para el análisis del acceso.

En este capítulo indicaremos los detalles del diseño de investigación planteado. En primer lugar, se explicará la elección de Chile y dos de sus comunas (ayuntamientos) como estudio de caso. Luego, se explicará el diseño de la muestra, y finalmente, la descripción del método de tratamiento de los datos.

a) Selección del caso de estudio: Chile

En los últimos 25 años el porcentaje de migrantes extranjeros ha crecido en forma constante. Según el INE (Instituto Nacional de Estadísticas) en 1992 se censaron 105.070 personas nacidas en el extranjero residentes habituales de Chile, lo que representó 0,8% del total de población que residía en el país. Esta proporción fue 1,3% en el Censo de 2002 (187.008 personas) y alcanzó a 4,4% en el Censo 2017, con 746.465 migración extranjera.

Chile emergió como el país en que proporcionalmente más creció la inmigración en Latinoamérica. Según el informe Coyuntura Económica en América Latina y el Caribe, de la CEPAL y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre 2010 y 2015, la población de inmigrantes en Chile aumentó, en promedio, 4,9% por año. Le siguen México, con 4,2%; Brasil, con 3,8%, y Ecuador, con 3,6% (Cepal/OIT, 2017)

El 81% de los migrantes extranjeros que declararon residir en Chile al momento del Censo 2017 nacieron en los siguientes siete países: Perú (25,2%), Colombia (14,1%), Venezuela (11,1%), Bolivia (9,9%), Argentina (8,9%), Haití (8,4%) y Ecuador (3,7%). En la mayoría de ellos la proporción de hombres y mujeres es similar, con predominio de las mujeres. Sin embargo, la brecha se amplía en la población que proviene de Bolivia o Haití, ya que del total de personas que declararon haber nacido en Bolivia, 56,4% son mujeres, y del total que respondieron haber nacido en Haití, 65,8% son hombres (INE, 2018a).

En cuanto al uso de salud pública, en el año 2019, 156.176¹⁴ migrantes utilizaron el beneficiarios del seguro público. En este contexto, es menester señalar que el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) firmó un convenio con el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, que permite a los migrantes internacionales acceder a atención médica, mientras completan sus trámites en Extranjería. En el mismo, el organismo amplió la cobertura y, a través de un decreto, comenzó a incorporar a las personas sin documentos ni permisos de residencia. Es decir, a los extranjeros en situación irregular. Sin embargo, un reciente dictamen del Fondo Nacional de Salud (FONASA, 2019) ha determinado que no son inmigrantes las personas extranjeras turistas, que son aquellas

¹³ Estudios que buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población (Herández et al., 2006).

¹⁴ Información obtenida por solicitud de transparencia pública.

que ingresan al país con fines de recreación, deportivos, de salud, de estudios, de gestiones de negocios, familiares, religiosos u otros similares; sin propósito de inmigración, residencia o desarrollo de actividades remuneradas.

A través de la medida no se reconoce la garantía sanitaria que pueden requerir, de cualquier tipo, quienes experimenten simultáneamente incapacidad de pago y algún problema de salud.

Esto es especialmente preocupante al considerar casos de mujeres embarazadas, niños y situaciones de urgencia, que a partir de lo indicado podrían ver entorpecida su atención, si es que a persona no garantiza el pago asociado (Siches & Libuy, 2019).

En base a los datos entregados en los párrafos anteriores se selecciona Chile como caso de estudio, considerando, además, que Chile es el país que lidera el aumento de la migración extranjera en Latinoamérica, que de acuerdo a datos entregados por el Instituto Nacional de Estadística durante el año 2018, aumentó la población extranjera residente habitual en Chile respecto de la efectivamente censada (2017) en un 67,6% (INE, 2018b) tal como lo muestra el gráfico N°1; sumado a ello, el contexto actual que se encuentra viviendo el país con el Proyecto de Ley de Migraciones y Extranjería que se encuentra en discusión actualmente en el Congreso Nacional de Chile y que contempla que en su artículo 16¹⁵: Derecho al acceso a la salud. Los extranjeros residentes o en condición migratoria irregular, ya sea en su calidad de titular o dependientes, tendrán acceso a la salud conforme a los requisitos que la autoridad de salud establezca, en igualdad de condiciones que los nacionales. Todos los extranjeros estarán afectos a las acciones de salud establecidas en conformidad al Código Sanitario, en resguardo de la salud pública, al igual que los nacionales; y finalmente, considerando que Chile rechazó firmar el Pacto Migratorio de la ONU en diciembre del año 2018.

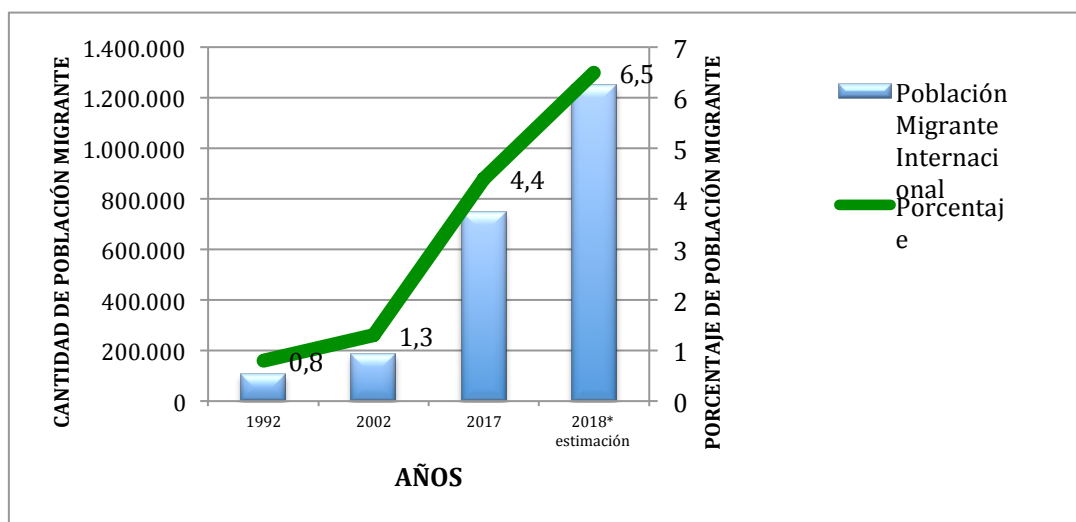


Gráfico N° 1- Elaboración propia en base a (INE, 2018b)

¹⁵ Proyecto de Ley Migración y Extranjería, 2018.

Por otro lado, se selecciona la Región Metropolitana, dado que el 65,2% del total de población inmigrante en Chile reside habitualmente en esa Región.

El área de estudio, para este trabajo, comprenderá de 2 municipios del Gran Santiago de la Región Metropolitana de Chile (32 comunas).

Las comunas escogidas deberán cumplir con dos criterios: el primero dice relación con aquellas comunas con un alto porcentaje de hogares con integrantes que declaran no haber recibido atención de salud, y en segundo lugar, aquellas comunas que declaran un alto porcentaje de hogares con integrantes que dice no haber recibido atención de salud, de acuerdo a la CASEN (Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional) del año 2015.¹⁶

Al momento de organizar estas características, de las 32 comunas se eliminarán aquellas que no cuenten con la información oficial¹⁷. De este proceso, quedaron excluidas 12 comunas (Independencia, Lo Barnechea, Vitacura, Lo Prado, San Joaquín, La Reina, Huechuraba, La Cisterna, Cerrillos, Lo Espejo, San Ramón, Recoleta).

Las comunas que cumplen con los criterios antes mencionados son: Macul, San Miguel, Maipú y Pedro Aguirre Cerda.

De estas 4 comunas, seleccionada la comuna de San Miguel y Pedro Aguirre Cerda, ya que es éstas comunas son lo suficientemente amplia y heterogénea para pesquisar la variabilidad de los países de origen, con el fin de identificar barreras tales como el idioma. Por otra parte, permite revisar si existen diferencias en la toma de decisiones de tipo ideológicas, ya que los Alcaldes pertenecen a partidos políticos diferentes. Se espera una diferencia en las políticas de acceso puesto que la sanidad es una competencia municipal.

Para el estudio se entenderá:

- Acceso: Poder acceder a las prestaciones de salud en Atención Primaria de Salud.
- Migrante Internacional: Persona nacida en el extranjero con una estadía mayor a un año en Chile

¹⁶ Se escoge la CASEN 2015, dado que sus datos están presentados hasta nivel comunal.

¹⁷ Ver en <http://siist.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/listarIndicadores/tematicas>

N°	COMUNA DE RESIDENCIA HABITUAL	INMIGRANTES	POBLACIÓN RESIDENTE	PORCENTAJE SOBRE LA POBLACIÓN RESIDENTE	PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE INMIGRANTES	PORCENTAJE DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA POR INGRESOS	% DE PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS QUE PARTICIPAN EN ORGANIZACIONES SOCIALES O GRUPOS ORGANIZADOS	PROMEDIO DEL INGRESO AUTÓNOMO PER CÁPITA MENSUAL DEL HOGAR	PROMEDIO DEL INGRESO AUTÓNOMO MENSUAL DEL HOGAR	% DE HOGARES CON INTEGRANTES QUE DECLARAN NO HABER RECIBIDO ATENCIÓN DE SALUD	% DE HOGARES CON INTEGRANTES QUE NO SE ENCUENTRAN ADSCRITOS A UN SISTEMA DE SALUD	% DE HOGARES CON NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS EN ESTADO DE MALNUTRICIÓN
3	Independencia	30.324	97.127	31,2%	6,2%	9,8	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.
6	Lo Barnechea	10.846	102.712	10,6%	2,2%	2,5	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.
11	Vitacura	9.517	82.383	11,6%	2,0%	-	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.
8	Lo Prado	6.877	94.128	7,3%	1,4%	5,7	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.
9	San Joaquín	5.817	92.960	6,3%	1,2%	6,6	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.
5	La Reina	5.414	91.182	5,9%	1,1%	2,3	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.
2	Huechuraba	5.063	97.017	5,2%	1,0%	6,1	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.
4	La Cisterna	5.034	87.781	5,7%	1,0%	3,6	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.
1	Cerrillos	3.947	79.060	5,0%	0,8%	8,1	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.
7	Lo Espejo	3.933	96.696	4,1%	0,8%	9,5	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.
10	San Ramón	2.741	80.842	3,4%	0,6%	9,4	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.	S.R.
12	Recoleta	24.065	153.909	15,6%	4,9%	13,9	17,7	234.552	647.679	2,6	14,0	5,8
13	Santiago	112.439	408.189	27,5%	23,6%	5,9	21,9	555.803	1.038.752	4,2	10,7	1,4
14	Macul	6.562	114.875	5,7%	1,3%	5,3	24,5	420.209	1.170.128	6,0	9,5	2,2
15	San Miguel	7.840	104.773	7,5%	1,6%	3,5	23,8	541.985	1.490.576	9,8	8,8	4,0
16	Maipú	13.033	514.003	2,5%	2,7%	5,2	22,4	284.989	947.565	7,8	8,5	4,8
17	Renca	5.420	143.541	3,8%	1,1%	8,5	20,5	203.002	650.413	5,5	8,2	4,4
18	Cerro Navia	6.670	129.914	5,1%	1,4%	12,1	27,2	180.251	587.531	4,8	6,8	8,7
19	La Florida	13.775	361.135	3,8%	2,8%	3,1	20,3	295.165	905.096	4,0	6,7	3,6
21	Quilicura	15.752	206.695	7,6%	3,2%	7,8	16,5	258.446	877.077	3,4	6,3	8,9
22	Conchalí	9.767	123.680	7,9%	2,0%	10,2	16,3	219.302	684.703	4,4	6,3	6,7

22	Pedro Aguirre Cerda	5.464	98.682	5,5%	1,1%	11,0	19,1	202.168	676.032	6,4	5,8	6,7
23	Quinta Normal	12.058	108.438	11,1%	2,5%	5,9	16,6	304.257	766.834	7,3	5,7	4,4
24	Ñuñoa	16.289	203.939	8,0%	3,3%	2,4	24,4	838.062	1.844.809	9,8	5,6	2,2
25	El Bosque	4.130	159.995	2,6%	0,8%	14,5	21,2	190.375	624.496	4,9	4,9	4,6
26	La Granja	3.585	114.265	3,1%	0,7%	7,2	20,3	230.180	737.856	5,6	4,4	9,2
27	La Pintana	2.930	174.566	1,7%	0,6%	13,9	24,1	175.651	626.142	1,5	4,3	13,2
28	Providencia	15.755	135.222	11,7%	3,2%	0,7	30,8	1.257.890	2.557.708	8,7	4,2	1,2
29	Peñalolén	10.877	237.541	4,6%	2,2%	4,8	22,8	311.309	1.117.857	4,8	3,6	3,8
30	Pudahuel	6.822	223.321	3,1%	1,4%	7,8	22,4	229.135	720.803	4,6	3,6	7,0
31	Las Condes	31.012	285.264	10,9%	6,4%	0,6	28,6	1.107.947	2.913.051	10,0	2,6	0,7
32	Estación Central	22.935	137.890	16,6%	4,7%	6,2	18,3	234.326	680.841	7,3	2,4	2,5

Cuadro N° 1 , elaboración propia en base a la información oficial (INE, 2018a) y (Ministerio de Desarrollo Social de Chile, 2017)



Figura 5 : (Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile., 2019)

b) Diseño Muestra

El enfoque cualitativo se guía por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos (como en la mayoría de los estudios cuantitativos), los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” en el que la secuencia no siempre es la misma (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

Se utilizó la entrevista individual semiestructurada, utilizando un guión de temas para cada grupo, con preguntas abiertas. Las entrevistas fueron llevadas a cabo por un entrevistador previamente capacitado por el investigador (por medio de Skype) dado que este se encuentra fuera del país. En algunos casos se contó con la ayuda de un intérprete, dado que en los últimos años la colonia haitiano aumentó considerablemente.

Las entrevistas (revisar anexo N°1) se llevó a cabo en los Centros de Salud de Atención Primaria para la población de estudio usuarios de APS, profesionales/técnicos del equipo de salud y directivos; y en ferias libres, ambas en las comunas seleccionadas.

Se han tenido en cuenta las consideraciones éticas pertinentes, obteniendo el consentimiento informado de todos los informantes y siendo el protocolo del estudio revisado y aprobado por los comité respectivos, entre otros.

Área: 2 municipios con similares características explicados anteriormente. Se seleccionará un centro de salud familiar de cada municipio, de acuerdo a la mayor cantidad de inmigrantes inscritos y validados.

Población de estudio: se diseña una muestra de acuerdo a:

- Usuarios con acceso: Personas migrantes internacionales pertenecientes a cualquier país que sea mayor de edad (18 años) que se atiende en la Atención Primaria de Salud, y que resida a una de las dos comunas.
- Usuarios sin acceso: Personas migrantes internacionales pertenecientes a cualquier país que sea mayor de edad (18 años) que no se atiende en la Atención Primaria de Salud, y que resida a una de las dos comunas.
- Equipos de salud: Profesional/técnico de la salud o las ciencias sociales que lleve a lo menos un año en el Centro de Salud seleccionado.
- Directivos Públicos: Personas a cargo de las decisiones de salud y migraciones en el municipio o a nivel central.

Estrategia de Muestreo: Principalmente se siguió la búsqueda de casos a través de informantes clave que conocieran a la población migrante extranjera estudiada.

También se empleó la estrategia en bola de nieve, en el cual se identifican participantes clave y se agregan a la muestra, se les pregunta si conocen a otras personas que puedan proporcionar datos más amplios, y una vez contactados, los incluimos también.

Finalmente, una parte de la selección también se limitó a criterios de conveniencia para los grupos de equipos de salud y directivos (aquellos individuos con mayor disponibilidad).

El tamaño final de la muestra de informantes usuarios se alcanzó por saturación, cuando las entrevistas no aportaban aspectos nuevos y la información se repetía.

Técnica y proceso de recogida de datos.

La entrevista cualitativa es íntima, flexible y abierta. Ésta se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a una tema (Herández, Fernández, & Baptista, 2006).

La entrevista semiestructurada, utilizada para este caso, se basa en una pauta de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas).

Se confeccionaron 4 pautas de entrevistas, una para cada grupo de entrevistados, usuario migrante extranjero que accede y que no accede a la APS, profesionales/técnicos del equipo de salud y directivos. Todas las pautas incluían apartados específicos acerca del conocimiento, opinión y experiencia personal sobre el acceso a la atención primaria de salud (APS), sobre elementos relacionados con el acceso, y sobre los motivos para acudir al centro.

En el caso de los directivos públicos, se introducen preguntas relacionadas a las decisiones políticas de los últimos años en relación a la inmigración y el acceso a la APS. Todas las entrevistas fueron llevadas por un entrevistador distinto al investigador.

Se realizaron 40 entrevistas (revisar anexo N°2)

Análisis de los datos

Con el material recogido y transcrito, se realizó el análisis de la información, por medio del modelo de análisis cualitativo de contenido narrativo.

En los diseños narrativos el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. Resultan de interés los individuos en sí mismos y su entorno, incluyendo, desde luego, a otras personas.

Creswell(Herández et al., 2006) señala que el diseño narrativo en diversas ocasiones es un esquema de investigación, pero también una forma de intervención, ya que el contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras o conscientes. Se usa frecuentemente cuando el objetivo es evaluar una sucesión de acontecimientos. Asimismo, provee de un cuadro microanalítico.

En base a lo anterior, el análisis se realizó siguiendo una secuencia sistemática de etapas a partir de la recogida de la información y transcripción. En la primera etapa, de descubrimiento, se llevará a cabo la lectura detallada y repetida de las entrevistas, lo anterior implicó revisar los datos iterativamente con el propósito de descubrir e interpretar relaciones entre ellos.

A continuación, se estableció un sistema de categorías (Factores que favorecen el acceso a la APS y Factores que dificultan el acceso a la APS) y subcategorías (micro, meso y macro); serán se reducirán los datos y se estudiarán los fragmentos relativos a cada categoría o denominado también como proceso de análisis con la *codificación axial*, como tipo inicial de codificación, la cual busca activa y sistemáticamente las propiedades de los datos narrativos.

Luego, momento analítico, se resumieron los contenidos emergentes de cada categoría, de manera separada según tipo de informante y colectivo de usuario, buscando los patrones convergentes y divergentes, describiendo posteriormente las semejanzas y diferencias halladas (Generación de la Teoría).

Finalmente, en la fase interpretativa, se buscó explicaciones a los resultados hallados, relacionándolos entre ellos y con los de otros estudios.

Los pasos y procedimientos que se realizaran para el análisis del contenido narrativo se describen a continuación:

- I. Transcripción de las entrevistas a formato texto.
- II. Revisión de datos narrativos, vigilando que estén organizados y completos.
- III. Codificar datos: codificación y creación de unidades categoriales y comparación de estas categorías; para agruparlas y buscar posibles vinculaciones entre ellas
- IV. Interpretación y análisis de la información:
 - Descripción completa de cada categoría (resumen textual).
 - Significación de cada categoría.
 - Presencia de cada categoría y designación más común.
 - Relación entre categorías

- V. Generación de teoría a partir de la comprensión y descripción completa de contextos, eventos o situaciones y de las personas participantes del estudio.

Para el análisis de la información se utilizó además, todos los procedimientos de producción, codificación, análisis, clasificación e interpretación de la información se operacionalizaron mediante la redacción de memos, lo cual permitió elaborar un esquema y estructura de redacción de los resultados.

IV. RESULTADOS

*“Y verás cómo quieren en Chile
Al amigo cuando es forastero”*

Letra de canción “Si vas para Chile”, 1942

1. Características del Migrante Internacional.

Este estudio pretende esclarecer dentro de sus objetivos las razones, motivaciones y experiencias de los migrantes internacionales que ocasionan el desplazamiento de sus naciones al país.

Cuando se analiza el perfil de los migrantes que han llegado a los centros de salud, tanto de la comuna de Pedro Aguirre Cerda ¹⁸y San Miguel, se identifican una similar población migrante, esto quiere decir provenientes de los mismos países de origen: Venezuela, Haití, Perú, Colombia y Bolivia. Destaca en la comuna de PAC, algunas familias de origen ruso.

Analizando las entrevistas, tanto a personas migrantes que acceden y que no acceden a la atención primaria, es posible determinar que todos son impulsados por la crisis de alguno (o todos) los componentes político- económico – social de sus países.

“ La situación en mi país es difícil, fuerte, dolorosa. Eso no es una dictadura, es una banda de delincuentes que se apoderaron del país... ” (US 1)

“ Se está desmejorando todo, no había medicamentos, la escases de comida... el sueldo no abastecía las cosas que uno necesitaba, si comprabas comida no tenías medicina y si comprabas medicina, no tenías para comida” (NUS 2)

“... yo se que hay una crisis, pero hoy no se como está... no fui a Haití por 3 años... hay crisis económica y crisis política, entonces me fui del país...” (NUS 9)

La carencia de productos de primera necesidad y medicamentos se transformaron en bienes complejos de conseguir, la alta tasa de inflación día a día impactaba en los precios y en los sueldos de las personas, sumado a ello, la inseguridad e intranquilidad de los barrios. Lo anterior, son factores señalados por los migrantes internacionales que influyeron en tomar la decisión para salir de sus países de origen.

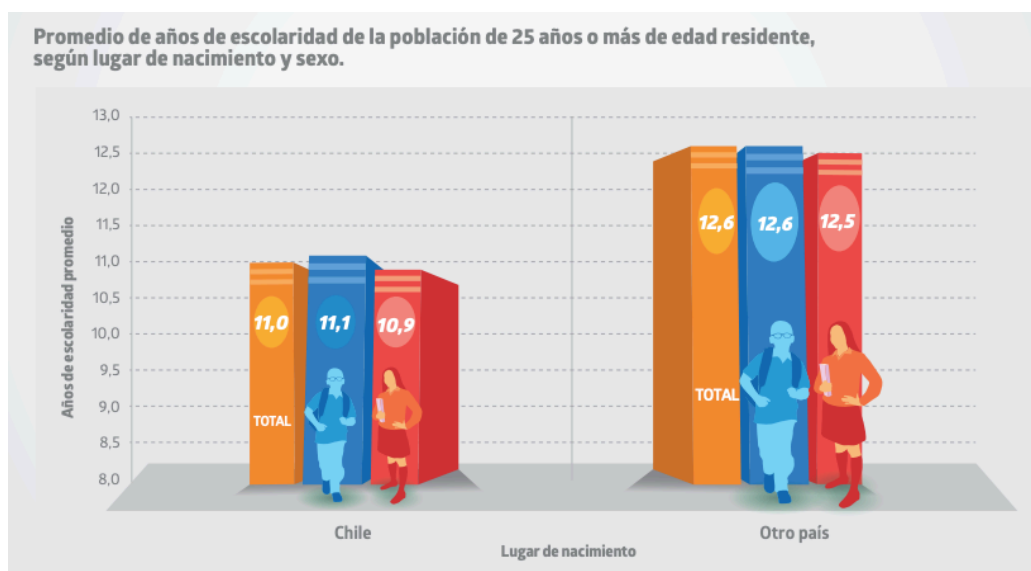
En esta misma línea, los entrevistados (migrantes) señalan que sus temores estaban asociado por la incertidumbre de conseguir trabajo, al trato que podían recibir y en especial a dejar parte

¹⁸ En adelante PAC.

de sus familias en sus países. Para un grupo de entrevistados (no es posible identificar si destaca en una nacionalidad o en otra) las sensaciones previa a la migración, era de tristeza, pena e incluso depresiones. Por otro lado, para otras migrantes, la sensaciones eran de felicidad, optimismo e ilusión. Sin embargo, los entrevistados resaltan que esperan regresar a sus países y que sólo permanecerán en el Chile mientras esté la crisis.

“ Sentí de todo, dejé a mis hijos, a mi familia... quería llegar acá y echarle pa’ delante, para poder traerlos, pue!... (NUS 2)

Por otro lado, en la misma línea de lo informado por el último censo del año 2017 en Chile (ver siguiente cuadro), las personas que ingresan al país, cuentan con estudios profesionales e incluso con mayor años de escolaridad que la población chilena, destacando la colonia de personas provenientes de Venezuela.



(INE, 2018a)

Un componente importante a la hora de decidir migrar, es la red familiar o social (amigos) con la que se cuenta en el país de destino, ya que son éstos, los que orientan y colaboran, no tan solo con información, sino además, con las primeras estadías; la red es más potente en países que limitan con Chile, que con países más alejados como Haití o República Dominicana. Son éstos últimos, son los grupos más vulnerables a la hora de ingresar al país, la falta de apoyo y la estadía y el asentamiento en el país, sea aún más preocupante. Son aislados, segregados y viven precarias condiciones, en zona alejadas de la ciudad.

Sin embargo, es el componente religioso, especialmente las iglesias, las que van – de alguna

manera – articulando o formando un red con migrantes que cuentan con la misma condición.

“ Mi llegada a Chile fue mala, no tenía apoyo y tenía pena... mi familia quedó allá, el sueldo no da para mantenerme, y con familia es peor, el arriendo te cuesta muy caro, es un sueldo.” (NUS 5)

“Yo me vine a buscar la vida a Chile, yo solo tengo a Dios, no hay familia aquí.” (NUS 10)

En esta misma línea – red y apoyo- destaca para la colonia venezolana, los vínculos y relaciones que hicieron con chilenos en la década del 70`, cuando, luego del golpe de estado chilenos migraron a este país.

La salida de chilenos al exterior adquiere caracteres masivos y además es motivada esencialmente por razones políticas, lo que crea una situación de exilio, para algunos voluntario, y para otros, obligado. La nueva emigración, aunque se iba de preferencia hacia Argentina, se dirigió también a muchos otros países, algunos totalmente inéditos, como Suecia, los de Europa del este e incluso algunos de África, y otros hasta entonces poco conocidos, como Canadá; para el caso de Venezuela 24.000 chilenos se encontraban en el 1980 (Del Pozo, 2004).

El reencuentro de familias y amigos chileno-venezolanos, ha sido un importante apoyo tanto en la llegada al país, como en la permanencia. Por ejemplo, como veremos más adelante, son éstos los que entregan la primera información para que las personas se integren a la red e protección social que tiene Chile, especialmente en salud y educación.

“ Me ayudaron amigos de muchos años, chilenos... chilenos que se fueron a Venezuela en la crisis. Eran compañeros de mi hija en el liceo (preparatoria), y así con sus padres comenzó una linda amistad.” (US 7)

Otro elemento a considerar, es la buena percepción que tienen los migrantes sobre el país, al consultarles si volverían a escoger Chile como país de destino, el total de los usuarios y no usuarios migrantes del sistema de salud, indicó que Chile es el único país (de Latinoamérica) en el que se sienten seguro, valorando la estabilidad económica, acceso a prestaciones y la amabilidad de los nacionales (a pesar de algunos desencuentros xenófobos). Destacan repuestas cómo: *“Chile me parece excelente”* (NUS 4), *“Cuando llegué varios chilenos nos tendieron la mano”* (NUS 2), *“acá hay cortesía, en Perú no”* (US 10), *“Volvería a escoger Chile, las personas no saben lo que tienen”* (US 11), entre otros.

2. Migración Internacional y Atención Primaria de Salud

Las comunidades que reciben a un gran número de migrantes se enfrentan a nuevas dificultades, como el aumento de la diversidad de la población, y el consiguiente cambio en su perfil cultural y en las perspectivas sanitarias de los pacientes. Ello, inevitablemente, afecta el trabajo cotidiano de los profesionales de la salud. Los enfoques actuales para gestionar la salud de los migrantes han de responder a los crecientes desafíos derivados de la complejidad, el volumen, la velocidad, la diversidad y la disparidad de los flujos migratorios modernos, a fin de garantizar que todos los migrantes puedan ejercer su derecho fundamental a la salud (OIM, OMS, & OHCHR, 2013).

Sin embargo, los migrantes pueden ser objeto de múltiples formas de discriminación, violencia y explotación; que suelen afectar directamente su salud física y mental. Además, los migrantes pueden padecer afecciones que en sus nuevos países de residencia no se conocen ni entienden bien. Ese problema se ve agravado por la existencia de obstáculos jurídicos y socioeconómicos, que, en muchos casos, dificultan el acceso a servicios de salud. Ahora bien, en los casos en que los migrantes sí tienen acceso a tales servicios, cabe la posibilidad de que estos no tengan cuenta las necesidades, cultura o idioma de los migrantes (OIM et al., 2013).

En este sentido, de acuerdo a las entrevistas realizadas para este estudio, es posible identificar -para la población migrante que si utiliza la APS – una percepción positiva, sobre la salud pública y el acceso a la Atención Primaria. Sin embargo, existen expectativas que para muchos de ellos no están cumplidas, especialmente por los tratamientos; por ejemplo, se menciona que si bien son atendidos, en ocasiones no se les receta medicamentos, dado que el medico tratante lo estimo de esa forma, lo que para ellos genera decepción. Al contrario, una parte importante de los entrevistados valora la atención tanto a nivel de APS, cómo de Hospitales (todas las personas entrevistadas, dada la comuna en que residen, les corresponde el Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau como hospital) la amabilidad en las personas, el acceso rápido, la entrega de medicamentos, gratuitos entre otros.

“La semana pasada fui, me atendieron a mi hijo pequeño, el doctor me dijo que tenía faringitis, y le dieron los medicamentos.... ¡le dieron los medicamentos! ¿puede creer eso?, eso pasaba en Venezuela hace mucho tiempo atrás” (US 11)

Enfocados ahora en dar respuesta a nuestra pregunta de investigación y respondiendo a los objetivos específicos del estudio, analizaremos los facilitadores y las barreras de entrada de migrantes internacional a la Atención Primaria de Salud, para ello dividiremos el análisis en micro, meso y macro. Al primer nivel nos referiremos al proceso de acceso a los centros de salud enfocado analizando relaciones entre usuarios y centro de salud; el segundo nivel es relacionado a los proveedores de salud y a equipos profesionales, y por último, el tercer nivel es el relacionado a la política migratoria nacional y local, estructura de financiamiento y leyes.

Se analizaran ambas comunas, se señalará durante el relato, si se encuentran diferencias que

destacar, de lo contrario, se entenderá que la situación analizada es igual para las dos comunas y sus centros.

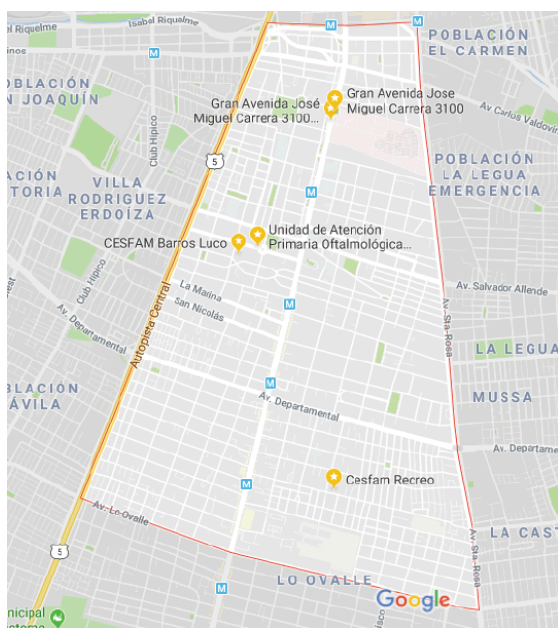
a) Factores que favorecen:

Nivel Micro: en este nivel, se valora de los migrantes internacionales que utilizan la APS, lo fácil de acceder a los centros de salud, dada **la cercanía (distancia)** que se encuentra de sus hogares (se puede observar en el mapa N°1 y mapa N°2), y las personas se pueden **inscribir en cualquier centro de la comuna**. En otro punto, la población destaca la entrega de medicamentos en el mismo centro e inmediatamente al salir de su evaluación medica. Se menciona de muy buena manera el **trato** que tienen los funcionarios y la buena relación del equipo de salud con la población migrante.

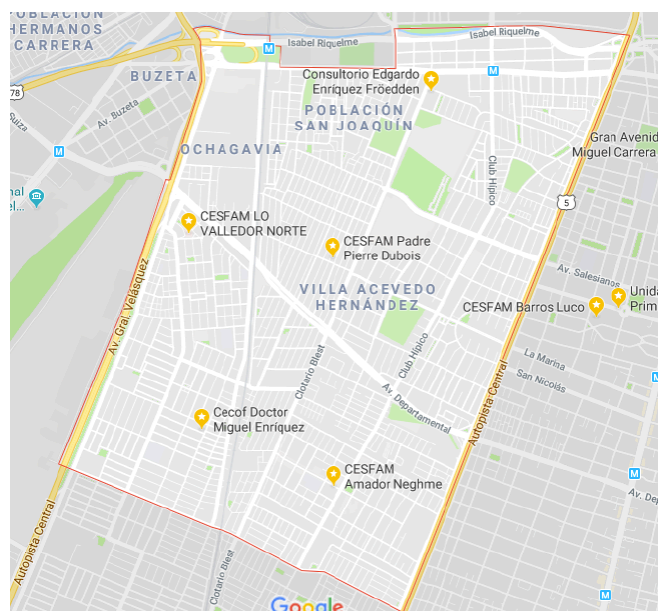
La población migrante valora, y señala que es un facilitador para acceder y permanecer en el centro, los **distintos talleres con los que cuenta el CESFAM**. Estos talleres están orientados a temas de salud, alimentación, migraciones, entre otros.

“El CESFAM ha sido una bendición, me han derivado a ginecólogo, cardiólogo... siempre me ha ido excelente...” (US 5)

El horario de atención también es señalado como un facilitador, dado que algunos centros de las comunas, funcionan como CESFAM de lunes a viernes entre las 07:30 y 20:00 horas, y luego como SAPU (urgencias) de lunes a viernes 17:00 a 24:00 horas, sábados, domingos y festivos de 08:00 a 24:00 horas. Permitiendo acceder al centro en un horario distinto al de su jornada laboral



San Miguel



Pedro Aguirre Cerda

En este mismo nivel, las **organizaciones o grupos migrantes**, tienen un rol fundamental en la entrega de la información a sus mismas colonias. Las personas al llegar a Chile, si no cuenta con alguna red de familias, amigos o incluso red religiosa, buscan a compatriotas que en varias ocasiones, ya se encuentran previamente agrupados. Éstos, son los encargados de explicarles y entregarles información sobre las prestaciones de salud y beneficios que tienen en la red sanitaria.

“Los inmigrantes en general al llegar forman colonias, y ahí se informan... como, por ejemplo, los haitianos son muy cristianos, las iglesias también son un punto importante de información, la información se pasa de boca en boca” (EQ 6)

Nivel meso: Destaca que a nivel de equipos de salud, el **facilitador de idiomático/intercultural**, es el componente prioritario en el acceso de los migrantes a los centros de salud. El facilitador es la persona encargada de traducir no tan solo la información oficial del centro, sino además, los tratamientos o diagnósticos que entregan los profesionales de la salud a la población migrante de origen especialmente Haitiano.

En ambas comunas, tantos usuarios, equipos de salud y directivos, enfatizan la enorme labor que cumple este facilitador, que en ocasiones puede llegar a ser un profesional. Sin embargo, dado lo reciente de este proceso, pueden existir problemas a la hora de su contratación.

“Hasta unos meses atrás teníamos un traductor, fue de gran ayuda, sobretudo con los controles a las madres con los niños, controles ginecológicos... pero no sigue

trabajando...” (EQ 1)

Los equipos de salud, destacan como facilitador de acceso, los distintos **mecanismos de información con los que cuentan los centros**; intentando llegar de la mejor forma a la población migrante. A este grupo se le entrega material con la información básica, incluso algunos centros tienen el material en creole haitiano. Todo el material se encuentra en castellano.

En esta misma línea, acciones cómo instalar **señalética** en lengua mapuche, creole y castellano, también son vistos como facilitadores para el acceso.

Otro elemento es la capacitación funcionaria, en idiomas y en sensibilización cultural migratoria.

Nivel macro: A este nivel, el mayor facilitador es el poder acceder a la Atención Primaria de Salud, gracias a la modificación del **Decreto Supremo N°110** que incorpora como cuarta circunstancia de acreditación de carencia recursos para la calificación de beneficiario del FONASA tramo A, a las personas inmigrantes que carecen de documentos o permisos de residencia. Esta modificación se funda en instrumentos internacionales de Derechos Humanos, la Constitución de Chile, el DFL N°1 del 2005, la Ley N° 18.469, dos dictámenes de Contraloría General de la República del 2013 y 2015 y un fallo de tribunales de Antofagasta del 2015 .

Desde un punto de vista del financiamiento, esta medida busca regularizar una situación que estaba ocurriendo y que se traducía en pagarés impagos en el nivel hospitalarios y prestaciones de salud de población sin percapita en APS, las que ahora podrán ser financiadas.

La calificación, en esta categoría, es de un plazo de un año y luego deberán volver a inscribirse, con ello se intenta apoyar la regularización de los migrantes. Los funcionarios de la red de atención de salud, deben brindar orientación a las personas solicitantes para que regularicen su situación migratoria lo que les permitirá acceder de manera permanente a todas las prestaciones que ofrece el sistema público de salud en Chile, y a otras prestaciones sociales, procurando su inclusión social integral en el país.

Sin embargo lo anterior, previó al Decreto existió y existe, mucha confusión en los centros, ya que en algunos CESFAM comenzaron a rechazar a aquellos migrantes que no se encontraban regularizados – situación que de acuerdo a las entrevistas- aún pasa en otras comunas.

“ Hace un tiempo, nosotros no inscribíamos a personas sin RUT, pero hay un decreto que dice que sí lo puedes tender, y eso lo hizo la comunidad venezolana y enviaron una carta al alcalde y ahora los tenemos que inscribir aunque estén regularizando sus papeles”(EQ 3)

Lo anterior, confirma lo mencionado por los equipos de salud, que la organización de las distintas colonias de migrantes, cumplen y ejercen un rol informativo, colaborativo, pero también, de supervisar las acciones o decisiones tanto a nivel local como nacional.

2) Factores como barreras.

Micro: a este nivel, como la principal barrera destaca la **idiomática** para la población migrante haitiana. De los usuarios que no acceden al sistema de salud, no lo hacen ya que no entienden el idioma, sumado a eso, el desconocimiento y la falta de información de los procesos. Para el caso de las personas que acceden, el idioma también ha sido una barrera, pero los centros han intentado adaptarse capacitando al equipo en creole o manteniendo un facilitador en centro.

“Yo no voy a salud porque yo no habla bien, es difícil explicar que pasan a mi cosas” (NUS 10)

“...el idioma es dificultoso para acceder ... este idioma es difícil para los haitianos, este idioma tiene muchas reglas...” (NUS 8)

Para el caso de la colonia venezolana, la principal barrera de acceso a la APS es la frustración de no contar con especialistas en la Atención Primaria en Chile¹⁹. Dado el sistema de salud nacional, las especialidades corresponden a otro nivel de atención, sin embargo hay que señalar, que existe la especialidad en Medicina General Familiar, quizás desconocida por muchos usuarios, pero que permite fortalecer los principios transversales del modelo de atención, continuidad, integralidad, longitudinalidad, resolutiveidad y satisfacción usuaria, con un trabajo colaborativo multidisciplinario, dentro de un enfoque de territorio y participación ciudadana (Romero, 2019).

El sistema de salud chileno, permite acceder a los especialistas que se encuentran a nivel hospitalario, previa derivación de su medico de cabecera en el CESFAM. Este proceso, genera angustia y frustración en este tipo de población (venezolana), ya que de acuerdo a sus relatos, ellos si podían acceder a especialistas en la atención primaria de su país, pero que actualmente, a pesar de esta situación ha ido desmejorando allí. La derivación al siguiente nivel de atención, también puede presentar barreras de acceso, cuyas asignación de horas, se pueden entregar a muchas semanas o meses posteriores.

“Cuando voy al CESFAM me comienzan a tratar, pero ahí no hay especialistas, te atienden por una cosa y te derivan. Llevo 6 meses esperando por una artritis. El estado no invierte, no es prioridad... con los médicos (generales) no estoy conforme, siempre el mismo tratamiento...estoy con un problema digestivo y ningún examen...” (US 1)

Otro elemento obstaculizador para el acceso a la APS, es la carencia de información, más aún

¹⁹ En Venezuela, en la década del 2000, se crea la Misión Barrio Adentro; que presta servicios a través de distintos modalidades. Barrio Adentro I es la puerta de entrada al sistema de salud con énfasis en promoción de la salud, prevención de enfermedades y diagnóstico temprano. Ofrece servicios de salud sexual y reproductiva, oncología y citología, salud de niños y adolescentes, inmunizaciones, salud visual, salud mental y atención a la farmacodependencia. Barrio Adentro II ofrece atención en especialidades básicas como pediatría, gineco-obstetricia, cirugía ambulatoria, medicina interna, laboratorio básico, rayos X y emergencias en clínicas populares que no cuentan con servicios de hospitalización (Bonvecchio, Becerril-Montekio, Carriedo-Lutzenkirchen, & Landaeta-Jiménez, 2011)

en aquellas personas que no se encuentran adheridos a las prestaciones. El desconocimiento – y en este sentido es transversal para todas las nacionalidades – es una limitante para que la población migrante acceda, no tan solo a prestaciones de salud, sino a prestaciones sociales, acceso a la educación, y a todas ellas que por derecho le corresponden.

El sistema de salud chileno no es fácil de comprender, los distintos niveles de atención y la variedad de procesos, hacen engorroso el primer contacto de migrantes con el centro de salud. En este sentido, la población haitiana, tiende a confundir, por ejemplo, los centros de salud con hospitales.

Predomina en aquellas personas que se encuentra tramitando sus visas o están de forma irregular, la falta de información para acceder a las prestaciones de salud, desconocen que cuentan con el derecho, y que a lo menos, en estas dos comunas no se les negará el acceso.

“Por ser extranjero no me van a atender, nadie me dijo donde tenía que ir” (NUS 4)

“Yo ya metí mis papeles, pero estoy en espera de eso para ir” (NUS 2)

“Yo nunca me enfermo y nunca he ido a un hospital...si yo me enfermo tendré que pagar lo que tengo que pagar en una cosa privada” (NUS 9)

Meso: a este nivel, las principales barreras son idiomáticas para el caso de población migrante haitiana. Se señala que habitualmente en los centros, muy pocas personas manejan el idioma francés, y aún así tienen dificultades para comprender a las personas de Haití, dado que su idioma es una mezcla entre francés y criollo. El idioma, representa tal barrera, que cuando no se encuentra el facilitador intercultural disponible, los equipos de salud deben *“dibujar”, “hacer señas o mímicas”* u ocupar *“google traductor”*.

“Estamos preparados, pero no para las personas que no hablan español... tenemos volantes, ocupamos google, somos bien autodidactas, ¿cachay?... hacemos monitos para comunicarlos con ellos... el traductor es una para todo el centro con 40 actividades paralelas...” (EQ 7)

Llama la atención, que si bien, los facilitadores culturales tienen un rol protagónico frente a esta barrera, también existen dudas por parte del equipo sobre cómo los facilitadores entregan la información a los usuarios. Los profesionales en distintas ocasiones, mencionan que habitualmente sospechan que no se le entrega toda la información que ellos están señalando. En sentido, las administraciones han realizado un esfuerzo por contratar facilitadores que tengan relación con salud, destacan estudiantes de técnicos en salud o profesionales como enfermeros o medicas. Frente a esto también, existe una limitación para que los facilitadores realicen sus funciones en problemáticas de salud mental, ya que los migrantes son mas *“reacios”* a plantear sus problemas frente a dos personas, generando otra barrera en el acceso.

Con esta misma colonia de haitianos, los equipos de salud presentan algunas resistencias – no en el acceso a la atención - más bien en la forma de abordar las problemáticas de esta

población migrante. En este sentido, es la **cultura** otra de las barreras para poder acceder. Cuando hablamos de cultura, nos referimos a conductas, estilos de vida, alimentación, relaciones humanas, entre otros tantos aspectos.

Para los equipos de salud, ha sido un desafío por ejemplo, comprender la relación que las madres haitianas tienen con sus neonatales y postneonatales. Habitualmente los entrevistados lo llaman desapego, y lo asocian a que en ese país la tasa de mortalidad infantil es muy alta²⁰. Los equipos de salud advierten sin embargo, que se está trabajando en aquello, pero también en “educar” a esa población en los primeros cuidados con el recién nacido, en este sentido, orientan en la alimentación, en los tratamientos clínicos, dando énfasis en las vacunas a lo largo de los primeros años de vida. Dado todos los esfuerzos, la resistencia de algunos profesionales, es reconocido tanto como por sus pares, como a nivel directivo, como una barrera en el acceso a la APS.

En relación a otras poblaciones migrantes, existe cierta resistencia de los equipos, dada la alta demanda de sus derechos de salud, exigencias y prestaciones de salud, que en su países se daban, pero que en Chile, si bien existen, el proceso es diferente. Esto en ocasiones, puede provocar “tensiones” inadecuados entre las personas que entregan la información y la población migrante. Los equipos manifiestan ciertas preferencias sobre una nacionalidad por otra, de este modo también, identifican a la población migrante de Haití, como la más vulnerable.

“Los venezolanos son responsables en venir a buscar los medicamentos, la leche... los haitianos no son tan responsable. Las mujeres haitianas son más desapegadas, no hay apego con el tema del pecho ... (dar de amamantar)” (EQ 7)

“Ellos hacen las mismas exigencias, como si estuvieran en su propio país” (DIR 1)

Finalmente, tanto a nivel micro como meso, existen elementos de xenofobia y discriminación, tanto en aspectos relacionados a la salud, cómo en otros ámbitos sociales. Uno de los primeros estigmas con lo que tiene que vivir los migrantes internacionales, es que se asocia la alta tasa de TBC (tuberculosis) y VIH a su llegada. Varios integrantes del equipo, repiten constantemente frases como: *“ahora que llegaron ellos el tema se disparó”, “efectivamente viene mucha población migrante con VIH”,* entre otros.

En este sentido, han salido varios académicos de salud pública a explicar la situación, con el fin de no seguir estigmatizando a esta población, un ejemplo de aquello es lo señalado por la Dra. Olivia Horna, académica del programa de Epidemiología de la Universidad de Chile, que ha

20

Según datos entregados por la OPS/OMS para el año 2013, la tasa de mortalidad alcanzó los 59 por 1000 nacidos vivos (OPS-OMS, 2017a), en cambio en Chile las defunciones en menores de 1 año para 2013 fueron 1.692, que se refleja en una mortalidad infantil de 7 por 1.000 nacidos vivos (DEIS, 2013).

señalado que *“La tasa de incidencia de tuberculosis en Chile es de 12,6% por 100 mil habitantes, cifra que ha permitido al país estar considerado entre los países en etapa de eliminación de la enfermedad según la clasificación de la OMS. Cifra bastante baja comparada con la situación de Argentina, que prácticamente la triplica; Bolivia, que la multiplica por 11; y Perú, que lo multiplica por 9. Esto ha hecho que los médicos y la población chilena en general piensen equivocadamente que la tuberculosis está erradicada, pero no es así. Además de tener una concepción errada de que en Chile la tuberculosis solo se da en inmigrantes, lo que es falso. El 90% de los casos sucede en chilenos, no en inmigrantes”* (Horna, 2015).

Para el caso de VIH, en febrero de este año, la Sociedad de Infectología de Chile, que el incremento, no puede ser explicado sólo por un factor, sino que se debe a múltiples causas,. Es importante aclarar que la mayoría de los nuevos casos de VIH se han presentado en personas de nacionalidad chilena. Ellos señalan que se desconoce en qué porcentaje de los nuevos casos diagnosticados en Chile correspondientes a migrantes que ya tenían su diagnóstico antes de llegar al país y quienes se infectaron en Chile. Sin embargo, sigue siendo la población chilena la que más aporta a los nuevos casos (más de 60%) *“(Sociedad Chilena de Infectología, 2019)*

“El migrante siente el estigma por ser distinto, termina aislándose, por eso tenemos que sensibilizar al equipo... el chileno dice que ellos tienen que adaptarse... entonces hay un choque cultural, y el equipo termina estigmatizando a los migrantes” (DIR 7)

En este mismo sentido, en ocasiones los equipos discriminan, no tan solo a la población migrante, sino que además, a sus propios pares que tienen origen distintos. A comienzos de la década eran en contra de ecuatorianos, peruanos y cubanos. Hoy contra profesionales de origen haitiano o de República Dominicana. Lo que provoca resistencias en los equipos y problemas de validación del profesional, por parte de estos mismos. Estos sentimientos, denotan no tan solo racismo, sino además, clasismo tanto para personas del equipo de salud, como de la población.

“Si yo tengo un 80% de población migrante que es haitiana en un centro, tengo que incorporar profesionales de su cultura al equipo, esto ha generado resistencia del equipo... si llega la doctora dominicana o haitiana, no la aceptan... no es blanca...solo terminan aceptándola porque es doctora” (DIR 5)

*“Yo creo que los migrantes le hacen súper bien al país, incluso en lo económico también. Hay estudios que dicen que los extranjeros nos van a pagar nuestras pensiones el día de mañana, **son la mano de obra...**”* (EQ 6)

A nivel de comunidad, se puede apreciar evidencia de rasgos de xenofobia, es la propia población migrante la que menciona este componente, validado por los equipos de salud y directivos. El **color de piel y el idioma**, son el principal componente para ello. Algunos

migrantes de origen haitiano, se limitan en consultar, dado que – en ocasiones- pueden recibir un trato no adecuado por parte de la comunidad. Tanto usuarios y no usuarios del sistema, señalan que en alguna ocasión han tenido discriminados por los nacionales con frases como *“devuélvete a tu país”, “nos vienen a quitar la pega”, “traen enfermedades”, “negros”,* entre otras.

Existen usuarios nacionales, que cuestionan los beneficios que se les entrega a la población migrante, critican que se les otorgue horas medicas a esta población antes que a ellos. También es importante señalar que los migrantes sienten ciertos abusos en otros ámbitos de la sociedad, por ejemplo, el valor de arriendo de las viviendas es mayor para ellos que para los nacionales, las remuneraciones son menores también para ellos, realizan algunas labores de carga que los nacionales no realizarían.

“Me han reportado del CESFAM que existen chilenos que se molestan con los migrantes porque sienten que a ellos se les está quitando los cupos de atención y se lo están tomando los migrante...” (DIR 1)

(Haciendo alusión a la migración) “Ahora se hace más notorio, porque son más tostaditos, si fueran blanco al igual que nosotros, pasarían desapercibidos” (DIR 8)

Macro: a este nivel, son diversos los aspectos que son obstaculizadores para que la población migrantes pueda acceder a la APS. Uno de los principales elementos es el **legal**.

En Chile, de acuerdo a la Constitución Política, “el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Es por ello que, de conformidad al artículo 132 del D.F.L. 1, de 2005, del Ministerio de Salud, “los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de las tarifas o aranceles fijados a este efecto”. De esta manera, resulta obligatorio, para cualquier establecimiento público de salud brindar la atención que la persona requiera, sin que resulte procedente condicionarla a su carácter de nacional o extranjero, así como tampoco si es o no afiliado del Fondo Nacional de Salud u otro sistema, pues como se indicó, se trata de un derecho que la Constitución Política asegura a todas las personas.

Como lo revisamos en las páginas iniciales de este análisis, existe el derecho de acceso universal, de acuerdo a la modificación del Decreto Supremo N°110 que incorpora como cuarta circunstancia de acreditación de carencia recursos para la calificación de beneficiario del FONASA tramo A, a las personas inmigrantes que carecen de documentos o permisos de residencia. Sin embargo, un reciente Dictamen de FONASA (DICTAMEN DE FISCALIA 1G N° 3/2019) ha señalado que *“De esta manera, y atendido el principio de legalidad consagrado en la Ley Orgánica Constitucional de Bases de la Administración del Estado, el Fonasa sólo puede*

*concurrir al financiamiento de las prestaciones y atenciones de salud de sus beneficiarios. En este contexto, la persona inmigrante puede ser considerado beneficiario del Fondo Nacional de Salud en igualdad de condiciones que los nacionales. Esto es, **si cuentan con un permiso vigente para permanecer en el país**, deberán cumplir con los requisitos generales y si no posee documentos o permisos de residencia podrá ser acreditado como una persona carente de recursos”.*

Ahora bien, la exigencia en ambos casos es que se trate de una persona inmigrante, es decir aquella cuyo propósito es asentarse en el país, ya que emigrar (o simplemente migrar) es el acto de salir de un Estado con el propósito de asentarse en otro. Por ello, **no son inmigrantes las personas extranjeras turistas**, que son aquellas que ingresan al país con fines de recreación, deportivos, de salud, de estudios, de gestiones de negocios, familiares, religiosos u otros similares; sin propósito de inmigración, residencia o desarrollo de actividades remuneradas. Su estancia puede extenderse entre 1 y 90 días.

La persona turista, en consecuencia, no puede ser considerado beneficiario, salvo que manifieste su intención positiva de radicarse en Chile, sea porque transcurrió el plazo para ser considerado turista o porque dio inicio a los trámites para obtener una visa de permanencia en el país. De esta manera, si bien las personas que no sean beneficiarias igualmente pueden requerir y obtener de los establecimientos de salud el otorgamiento de prestaciones **deberán pagar su valor según el arancel respectivo**. Esto resulta aplicable para las personas que se encuentran afiliadas a los sistemas de ISAPRE, de las Fuerzas Armadas y de Orden o que no están en ningún sistema del país, como ocurre con los Turistas, quienes deberán financiar las prestaciones y atenciones que reciban de acuerdo a su seguro de salud, si lo tuviere, o de modo particular.

Dado el contexto nacional de migración, existen personas que ingresan al país en calidad de turistas, pero que vienen con la intención de permanecer definitivamente en el país. Así lo manifestaron la población migrante al ser consultados por la forma de ingreso al país. Bajo este criterio, pueden existir centros de salud, que nieguen el acceso a la población migrante, situación que no ocurre en las dos comunas de caso; pero que, de acuerdo a lo señalado por directivos, existen en otros lugares del país. El principal problema es de índole administrativo, ya que FONASA rechazaría las solicitudes de RUT provisorio para la atención e ingreso a un centro de salud. Las personas que son “rechazadas por sistema” son atendidas de igual forma, pero no quedan inscritas, sino más bien, adscritas, no obteniendo el traspaso económico de esa atención, del nivel central a la comuna.

“Yo estoy de acuerdo con la inmigración, con la inmigración regulada, porque así, en estos momento si hablamos de población chilena la salud es inviable en el corto plazo. ¿por qué?, antiguamente teníamos una gran masa de cabros chicos y al final un abuelo allá arriba... ahora donde tenemos, casi se nos está invirtiendo la pirámide, no tenemos masa productiva, bienvenidos los migrantes formales” (DIR 6)

En esta misma línea, otro aspecto a considerar como barrera, es que gran parte de los directivos/as señalan que Chile **carece de una política migratoria**, no tan solo en lo administrativo, sino además en una política de protección de los derechos sociales, políticos y humanos de la población migrante. La política migratoria actual en Chile (DEM, 2017), proviene de una política de frontera abierta y una regulación excluyente en cuanto al acceso a derechos, puesto que el país no cuenta, salvo excepciones, con restricciones normativas para el acceso al territorio, pero existen instrumentos normativos que dificultan el acceso a la ciudadanía.

Cómo política de salud, se evidencia un retroceso de los últimos dos años de acuerdo a lo recogido por las entrevistas. Se señala que el derecho a la salud es un derecho consuetudinario, y ese derecho hoy se ha perdido. Con las distintas circulares entre el Ministerio de Salud y FONASA, se genera un espacio del bloqueo al acceso, y eso impacta en los resultados sanitarios. En esta materia, se evidencia que el acceso a la APS, dependerá de la interpretación que directivos hagan de las diferentes circulares que emanan desde las distintas instituciones, lo que no sería uniforme para todo el territorio nacional.

“Cuando a ti FONASA te da instrucciones que solo debe acotarse a lo que dicen las normas en Chile, en términos del acceso a estas prestaciones y tu tienes jóvenes que no entran en esas prestaciones y que tienen necesidades de salud, tu por cierto que te tienes que hacerte cargo” (DIR 5)

“Nos pusimos de acuerdo con otros servicios de salud, y vamos a brindar acceso a todos, eso fue bastante satisfactorio” (DIR 9)

“No he ido, ya que estoy sano, pero nadie me ha contado donde ir... gracias a Dios y por la voluntad de Dios no he tenido nada” (NUS 5)

“Nadie me ha informado nada de los centros de salud y hospital, cuando estoy enfermo compro en la farmacia y nada más” (NUS 7)

Otra barrera macro, es la carencia de una política comunicacional a nivel nacional, que informe sobre los beneficios sociales, procedimientos, requisitos normativos que deben tener presente la población migrante. En sentido, el desafío es reducir la brecha de información para todas aquellas personas que aún no han accedido al sistema de salud. Si bien los centros cuentan con plataformas de comunicación como Facebook o páginas web, hay que considerar que la información que se publica en las redes, habitualmente va en castellano – con ello queda fuera población haitiana y otras colonias provenientes de Europa, asumiendo además, que no todos los migrantes cuentan con acceso internet.

Otro eje trascendental, es comprender la cultura de las poblaciones migrantes, no tan solo por la comunidad y lo equipos, sino también, integradas en las decisiones de políticas públicas que actualmente se están implementado. Como ya lo hemos mencionado anteriormente, las

políticas nacionales y locales, deben ser capaces de incorporar cambios en el paradigma de la atención, y deben comprender que existen diferencias importantes con otras naciones, bajo esta premisa, el no presumir o prejuiciar a la población migrante, se presenta como gran brecha en la atención de salud. Para ejemplificar, la APS contempla visitas a las viviendas, entonces hay que informar la población migrantes, que estas visitas son propias del sistema de salud (visitas domiciliarias) a favor de una mejor atención, y no una visita amenazante que vaya a supervisar la situación migratoria en que se encuentra el paciente.

Culturalmente, existen varias situaciones que causan resistencia en los nacionales, como por ejemplo: la relación madre e hijos que se fortalece luego del primer año de vida, diferencias de la dieta alimenticia, relación comunicacional con parejas de migrantes (familias haitianas, es el hombre quien se comunica con los profesionales), exigencia de derechos, entre otros.

Si bien lo hemos mencionado directa e indirectamente a lo largo de todo el análisis, una barrera cultural de acceso, es la xenofobia, el racismo y el clasismo que existe en parte de la sociedad chilena; es llamativo como a los descendientes afroamericanos son visualizados como “negros”, “mano de obra”, “raza distinta” entre otros tantos comentarios peyorativos.

En otro tema y para finalizar, cómo última barrera de acceso, es la **gestión** propiamente de un centro: entregas de horas médicas, dotación profesional, infraestructura y recursos financieros. El aumento de la población a cargo, ha significado – con los mismos recursos- administrar una mayor población, lo que ha generado un tiempo mayor de espera en horas médicas, capacidad máxima de dotación, espacio reducido en términos de infraestructura. **Centros que estaban proyectados para una población de 20 mil habitantes, hoy están trabajando para 35 mil.**

En materia financiera, el costo económico que ha significado un aumento de la población ha sido absorbido por los propios centros, el percapita asignado, de acuerdo a lo mencionado por los entrevistados, nunca ha sido suficiente, y ahora menos que nunca. Por esto, es consistente que el financiamiento de la APS esté orientado a resultados a través de un per cápita que representa el monto disponible por persona para que se logren determinados objetivos en salud a través de la oferta de una canasta de prestaciones, definidas actualmente en el Plan de salud Familiar.

Las limitaciones presupuestaria, también ocasionan un problema, dado que la dotación se encuentra regulada y para modificarla, se debe esperar el siguiente presupuesto. Aquí existe una diferencia entre las comunas, dado que la Municipalidad de San Miguel, cuenta con Corporación Municipal de Salud, y la Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda con Departamento de Salud; la diferencia radica en que las rigen dos leyes diferentes, y las corporaciones pueden funcionar con menos burocracia administrativa. La corporación (Justicia, 1981) no tendrá fines de lucro y su objeto será administrar y operar servicios en las áreas de educación, salud y atención de menores que haya tomado a su cargo la Municipalidad adoptando las medidas necesarias para su dotación, ampliación y perfeccionamiento.

En cambio, la Ley de Municipalidades establece que cuando la administración de servicios sea ejercida directamente por la municipalidad, le corresponderá cumplir, siguientes funciones: a) Proponer y ejecutar medidas tendientes a materializar acciones y programas relacionados con salud pública y educación, y demás servicios incorporados a su gestión, y b) Administrar los recursos humanos, materiales y financieros de tales servicios, en coordinación con la unidad de administración y finanzas (Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile., 1988).

“Cuando uno esta en salud, y está de este lado del escritorio, existe una serie de medidas y siempre con el equipo estamos viendo.... Usted es PRAIS²¹, la señora tiene un niño de 6 meses, el caballero es un abuelito de 80 años y tengo a un migrante joven de 25 o 30 años... dígame usted ¿a cual priorizo? (DIR 6)

²¹ Programa de reparación y atención integral en salud, para personas (o familiares) que fueron torturadas en la dictadura militar.

CUADRO RESUMEN

	Facilitador	Barreras
Micro	<ul style="list-style-type: none"> • Distancia de los centros. • Facilidad para inscribirse en cualquier centro de la comuna. • Entrega de medicamentos. • Horario de los CESFAM. • Organizaciones de migrantes o religiosas. • Buen trato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idioma. • Frustración. • Información.
Meso	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitador intercultural. • Material informativo. • Señalética en CESFAM. • Capacitación funcionaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idioma. • Cultural (relaciones, alimentación, perspectiva de mirar el mundo) • Preferencias de migrantes por sobre otros. • Xenofobia, racismo, clasismo.
Macro	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso legal de personas en situación irregular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Legales. • Administrativos. • Política migratoria. • Política Comunicacional. • Cultura • Xenofobia • Recursos (infraestructura, datación, aportes)

V. DISCUSIÓN

El acceso de los migrantes internacionales a los diferentes niveles de atención de salud ha generado un importante desafío para los Estados, sin embargo, y de acuerdo a la literatura, existen distintas barreras que limitan el acceso y con ello, el uso de los sistemas de salud. La Atención Primaria de Salud, es la puerta de entrada al sistema sanitario en la mayoría de los países, desde donde se resuelven o se derivan los problemas de salud de la comunidad.

Realizando una revisión de la literatura, destaca una investigación de Académicos de la Universidad de Calgary realizada en Canadá (Ahmed et al., 2016) que analizaron 27 artículos relacionados con el tema. Esta revisión destacó que las barreras de acceso eran debidas a la cultura, la comunicación, el estatus socioeconómico, la estructura del sistema de salud y el conocimiento de los inmigrantes.

En esta misma línea, intentando sintetizar la evidencia científica sobre las barreras al acceso a la atención de salud que enfrentan los migrantes (Gil-Gonzalez et al., 2015), han identificado que las barreras de acceso a los servicios de salud, según se definen en el modelo de Andersen, dicen relación con barreras estructurales / contextuales e individuales. Las barreras que involucran la falta de seguro médico o el pago de los usuarios, las restricciones legales al acceso de ciertos grupos vulnerables y los problemas en el modelo organizativo del sistema de salud se han identificado como estructurales. Los factores culturales y lingüísticos – como lo demuestran los estudios previos analizados - y la falta de información de salud relevante proporcionada, se han caracterizado tanto como consecuencia de la prestación del servicio como de las creencias del paciente y del proveedor.

Un estudio previo en Chile, ha señalado que de acuerdo a los trabajadores de salud primaria, el creciente aumento de la población migrante es actualmente un desafío para todo el sistema de salud. La percepción general es que, pese a que se han establecido normativas y se han generado estrategias de atención en salud, estas, en su mayoría, no son estables, ni conocidas por todos. Hay importantes dificultades para implementar normativas de atención de salud en las realidades y culturas locales. Sumado a lo anterior, la ausencia de registros claros en términos del número de migrantes que accederán al sistema de salud dificulta aun más el diseño de intervenciones específicas. Más allá de los problemas de acceso, la atención en sí misma presenta complicaciones, ya que los trabajadores de salud primaria, no necesariamente poseen las herramientas que les permitan brindar una atención en salud que sea culturalmente sensible a las necesidades de la comunidad inmigrante (Bernaes et al., 2017).

Se evidencia entonces, que de acuerdo a la información recogida por el presente estudio, que en las comunas de Pedro Aguirre Cerda y San Miguel, si existen barreras acorde a la literatura existente como: idioma, cultura, comunicación, estructura del sistema y conocimiento de los migrantes, muy similar al estudio realizado en Canadá por Ahmed et al., 2016. Sin embargo, el

aporte que realiza esta investigación, es la incorporación de nuevos elementos a la discusión científica, ya que en estas dos comunas, destacan que la carencia de una política migratoria nacional y local, es la barrera central para la existencia de los obstaculizadores antes mencionados. Y en Chile, es posible corroborarlo, al momento de revisar los planes de salud local, en donde los temas de salud y migración son escasos, no existiendo planes y orientaciones de trabajo para y con la población migrante. En este sentido, otro de los aportes que realiza el estudio es la discusión en el análisis, en un contexto de carencia de políticas, tanto nacionales, como locales.

Por otro lado, aporta la investigación, que otra de las barreras las genera el color de piel o raza, esto se percibe tanto en la comunidad, cómo a nivel de los equipos de salud. La resistencia no tan solo es con la población migrante que accede al centro de salud, sino además, con personas al interior del propio equipo, dudando incluso de sus conocimientos y capacidades.

La investigación empírica nos muestra que efectivamente existen estereotipos de carácter étnico, racial o nacional que se manifiestan en el campo de las relaciones laborales como conductas discriminatorias, ya sea en el acceso al empleo en determinados sectores o puestos de trabajo, la aceptación e integración de los trabajadores en la empresa y las condiciones de trabajo. También, en lo que refiere a los extranjeros, existe la idea genérica de que los inmigrantes procedentes de países pobres están dispuestos a aceptar inferiores condiciones de trabajo, o incluso que estas condiciones son beneficiosas para ellos en función de su situación previa, lo cual produce una mayor dosis de explotación laboral e incumplimiento de las condiciones legales y convencionales respecto a estos trabajadores en situación más vulnerable (Álvarez del Cuvillo, 2005)

Finalmente, es importante señalar que el componente ideológico, para estas comunas, no representa una barrera para acceder a la APS, y que si bien sus Alcaldes son de distintas tendencias políticas, ambos han privilegiado el control de salud pública permitiendo no poner limitaciones administrativas al proceso de atención de la población migrante.

Limitaciones del Estudio

El estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, sería posible que se hayan ignorado literatura académica a 5 años de antigüedad, dado que este fue el límite escogido de búsqueda.

En segundo lugar, de acuerdo a la metodología, estaba contemplado la selección por bola de nieve de todos los grupos a entrevistar, sin embargo, para la comuna de San Miguel y con un fin de organización, fue la misma comuna quien seleccionó a *los usuarios migrantes*, lo que podría ocasionar que la selección pudiera estar sesgada.

VI. CONCLUSIONES.

El fenómeno migratorio en Chile no es nuevo, la historia ha sido testigo del transitar de persona de distintas naciones. No podemos olvidar, que a mediados del siglo XX, población proveniente de Alemania se concentró en el sur de Chile, y otros provenientes de Croacia lo hicieron por el norte.

Durante los últimos años, la estabilidad económica-político-social del país a cautivado personas de todo el mundo, pero especialmente de América, durante las últimas décadas migrantes provenientes de Argentina, Bolivia y Perú llegaban al país, luego lo hicieron migrantes provenientes de Ecuador, Colombia y España.

Actualmente, Venezuela y Haití lideran los procesos migratorios en el país, pero existe un componente que hace que el proceso esta vez, sea diferente. Nos referimos al color de piel de personas haitianas. Por primera vez, llegan personas afro descendientes, lo que ha producido un cambio cultural importante en todos los aspectos sociales. En materia de salud, por ejemplo, ha provocado un desafío en materia administrativa, de salud pública, idiomática y cultural.

Tanto temas legales, como administrativos son una barrera compleja de gestionar, actualmente se encuentra en el congreso nacional una nueva Ley de migraciones que significaría un cambio en la forma de abordar la migración. Administrativamente, un desafío es mejorar los sistemas de información con los que trabaja el Estado, de acuerdo a la información entregada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, no es posible determinar a que nacionalidad pertenece las personas que se atienden en la Atención Primaria, con ello no podemos hacer un perfil ni seguimiento epidemiológico que permita colaborar con la salud de la población migrante (revisar anexo N°3)

En conclusión, este estudio pretende ser un aporte a la discusión acerca las barreras/facilitadores con los que se encuentran la población migrante al momento de acceder a la Atención Primaria de Salud, con el fin de entregar elementos a una política pública que se haga cargo de los desafíos que enfrenta Chile en materia de migración y salud. La literatura existente y el aporte de este estudio, deben permitir a los tomadores de decisiones, encausar una política migratoria inclusiva e integradora, con el fin de mantener a una comunidad sana y controlada.

Futuros estudios deberían profundizar sobre buenas prácticas de reducción de brechas de las barreras de acceso a la APS, con el fin de mitigar limitantes de la población migrante a la salud, por otra parte, establecer políticas que potencien el desarrollo de competencias al interior de los equipos de salud y finalmente, proponer estudios o investigaciones que den cuenta del impacto epidemiológico de la migración en los indicadores de salud de un territorio.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Aday, L. A., & Andersen, R. M. (1974). A framework for the Study of Access to Medical Care. *Historical Biology*, 30(3), 327–335. <https://doi.org/10.1080/08912963.2016.1278444>
- Aday, L. A., & Andersen, R. M. (1981). *Equity of Access to Medical Care : A Conceptual and Empirical Overview*. 19(12), 4–27. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3763937>
- Agudelo-Suárez, A., Gil-González, D., Ronda-Pérez, E., Porthé, V., Paramio-Pérez, G., García, A. M., & Garí, A. (2009). Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Social Science and Medicine*, 68(10), 1866–1874. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.02.046>
- Ahmed, S., Shommu, N. S., Rumana, N., Barron, G. R. S., Wicklum, S., & Turin, T. C. (2016). Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1522–1540. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0276-z>
- Álvarez del Cuvillo, A. (2005). Géneros o categorías humanas y discriminación racial en el trabajo. *La Igualdad Ante La Ley y La No Discriminación En Las Relaciones Laborales : XV Congreso Nacional de Derecho Del Trabajo y de La Seguridad Social, Lleida, 28 y 29 de Mayo de 2004*, (December), 87–112.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (2018). Conferencia Intergubernamental encargada de Aprobar el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular. In *Asamblea General de Naciones Unidas*. <https://doi.org/10.1387/ijdb.103213sp>
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). *Desafíos de la Atención Sanitaria de Migrantes Internacionales en Chile*. 34(2), 167–175. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>
- Bonvecchio, A., Becerril-Montekio, V., Carriedo-Lutzenkirchen, Á., & Landaeta-Jiménez, M. (2011). Sistema de salud de Venezuela. *Salud Publica de Mexico*, 53(SUPPL. 2), 275–286.
- Burón Pust, A. (2012). Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya (Universitat Autònoma de Barcelona - Facultad de Medicina). Retrieved from <http://www.tdx.cat/handle/10803/96528>
- Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. M. (2017). *International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recommendations for public policies*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11447/978>
- Cabieses, B., Gálvez, P., & Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(2), 285–291. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3102>
- Cañada, J. L. (2015). Impacto de la inmigración sobre el Sistema Nacional de Salud. *Revista Clínica Electrónica En Atención Primaria*, 3, 1–8.
- Cepal/OIT. (2017). *Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe: La inmigración laboral en América Latina*. (Vol. 16). Retrieved from https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41370/1/S1700342_es.pdf
- CGLU. (2017). *OPORTUNIDADES Y DESAFÍOS URBANOS PARA LA REGIÓN DEL MEDITERRÁNEO: RECOMENDACIONES POLÍTICAS* (pp. 1–8). pp. 1–8. Barcelona- España: Ciudades y Gobiernos Locales Unidos.
- Concha, N. L., & Mansilla, M. Á. (2017). Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507–520. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>
- DEIS. (2013). Mortalidad. Retrieved June 28, 2019, from Departamento de Estadísticas e Información de Salud website: <http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad/>
- Del Pozo, J. (2004). Los chilenos en el exterior : ¿ De la emigración y el exilio a la diáspora ? El caso de Montréal. *Revue Européenne Des Migrations Internationales*, 20(1), 75–95. <https://doi.org/10.4000/remi.4968>
- DEM. (2017). *Normativa comparada en Argentina, Canadá y Chile. Sistemas de visados como condicionantes del acceso a derechos de los migrantes*. Retrieved from <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2017/12/DEMInvestiga3NormativacomparadaenArgentinaCanadayChile.pdf>
- Diaz, E., Calderon, A., Prado, A., Poblador, B., & Gimeno, L. (2015). How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *European Journal of Public Health*, 25(1), 72–78. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku123>
- Diaz, E., & Kumar, B. N. (2014). Differential utilization of primary health care services among older immigrants and Norwegians: a register-based comparative study in Norway. *BMC Health Services Research*, 14, 623. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0623-0>
- Filomeno, F. (2017). *Theories of local immigration policy* (W. Maas, Ed.). Cham - Switzerland.
- Gil-Gonzalez, D., Carrasco-Portino, M., Vives-Cases, C., Agudelo-Suarez, A. A., Castejon Bolea, R., & Ronda-Perez, E. (2015). Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. *Ethnicity & Health*, 20(5), 523–541. <https://doi.org/10.1080/13557858.2014.946473>
- Herández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Similitudes y diferencias entre los enfoques cuantitativo y cualitativo*. En *Metodología de la investigación*. <https://doi.org/> ISBN 978-92-75-32913-9
- Horna, O. (2015). “90% de los casos de tuberculosis son en chilenos y solo 10% en inmigrantes.” Retrieved June 29,

- 2019, from Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G. - Universidad de Chile website: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/116935/90-de-los-casos-de-tuberculosis-son-en-chilenos>
- INE. (2018a). *Características sociodemográficas de la inmigración internacional en Chile Censo 2017 Síntesis de Resultados*. Retrieved from <http://www.censo2017.cl/descargas/inmigracion/181126-sintesis.pdf>
- INE. (2018b). *ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN DE CHILE 1992-2050*. Retrieved from https://www.ine.cl/docs/default-source/demograficas-y-vitales/demografia/base-2017/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion/sintesis-estimaciones-y-proyecciones-de-la-poblacion-chile-1992-2050.pdf?sfvrsn=50ca59d2_6
- Jackson, Y., Paignon, A., Wolff, H., & Delicado, N. (2018). Health of undocumented migrants in primary care in Switzerland. *PloS One* *Ordered and Coded All Medical Conditions of a Random Sample of 731 Undocumented Migrants Using the International Classification of Primary Care, 2nd Version (ICPC-2). We Dichotomized Conditions as Chronic or Non-Chronic and Considered Multimorbidity* , 13(7), e0201313. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201313>
- Justicia, M. de. *APRUEBA EL TEXTO DEL ESTATUTO TIPO AL CUAL PODRAN CEÑIRSE LAS CORPORACIONES MUNICIPALES DEL PAIS.* , (1981).
- Kang, C., Tomkow, L., & Farrington, R. (2019). Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X701309>
- Llop, A., Vargas, I., Garcia, I., Aller, M., & Vazquez, M. (2014). [Immigrants' access to health care in Spain: a review]. *Revista española de salud pública*, 88(6), 715–734. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000600005>
- Martínez, O., Wu, E., Sandfort, T., Dodge, B., Carballo-Díez, A., Pinto, R., ... Chavez-Baray, S. (2016). Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review Omar. *Nature Rev Drug Discovery*, 5(6), 1–8. <https://doi.org/10.4172/2157-7633.1000305>
- Migration Data Portal. (2019). Migration and health. Retrieved May 1, 2019, from <https://migrationdataportal.org/themes/migration-and-health>
- Millman, M. (1993). Access to Health Care in America: Monitoring Access to Personal Health Care Services. *NATIONAL ACADEMY PRESS*, 1–240. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/pdf/Bookshelf_NBK235882.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social de Chile. (2017). RSH - Registro Social de Hogares. Retrieved May 1, 2019, from <http://siist.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/listarIndicadores/tematicas>
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile. *LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES.* , (1988).
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile. (2019). Comunas de la Provincia. Retrieved May 1, 2019, from <http://www.delegacionsantiago.gov.cl/comunas-de-la-provincia/>
- MINSAL. (2018). Política De Salud De Migrantes Internacionales. In *Política De Salud De Migrantes Internacionales*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- MIPEX. (2015). International Key Findings. Retrieved June 24, 2019, from Migrant Integration Policy Index website: <http://www.mipex.eu/key-findings>
- OIM. (2018). *Informe sobre las migraciones en el mundo - 2018* (Organizaci). Ginebra 19, Suiza.
- OIM, OMS, & OHCHR. (2013). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Ginebra 19, Suiza.
- OPS-OMS. (2017a). Informe de país: Haití. Retrieved June 28, 2019, from https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes-de-pais/haiti&lang=es
- OPS-OMS. (2017b). Migración Nacional e Internacional. Retrieved June 25, 2019, from Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. website: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=313&lang=es
- OPS, & OMS. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. <https://doi.org/9275326991>
- Romero, A. M. L. (2019). Perspectiva de la medicina familiar en Chile: desafíos de la práctica profesional. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1), 1–4. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00172417>
- Rosano, A., Dauvin, M., Buttigieg, S. C., Ronda, E., Tafforeau, J., & Dias, S. (2017). Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC Health Services Research*, 17(1), 588. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2549-9>
- Sociedad Chilena de Infectología. (2019). Aumento de VIH en Chile: un problema multifactorial. Retrieved July 1, 2019, from http://www.sochinf.cl/portal/templates/sochinf2008/documentos/2019/SOCHINF_CCSIDA_febrero_2018.pdf
- Tijoux Merino, M. E., & Córdova Rivera, M. G. (2016). Racismo en Chile: colonialismo, nacionalismo, capitalismo. *Polis (Santiago)*, 14(42), 7–13. <https://doi.org/10.4067/s0718-65682015000300001>
- Tijoux Merino, M. E., & Palominos Mandiola, S. (2016). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis (Santiago)*, 14(42), 247–275. <https://doi.org/10.4067/s0718-65682015000300012>
- Van Loenen, T., Van den Muijsenbergh, M., Hofmeester, M., Dowrick, C., Van Ginneken, N., Mechili, E. A., ... Lionis,

- C. (2018). Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *European Journal of Public Health*, 28(1), 82–87. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx210>
- World Economic Forum & PwC. (2017). *Migration and Its Impact on Cities*. Retrieved from http://www3.weforum.org/docs/Migration_Impact_Cities_report_2017_low.pdf

VIII. AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue posible gracias a la voluntad y participación de:

- Blanca Garcés-Mascareñas – Tutora - por su tiempo, disposición, voluntad y responsabilidad que otorgó a este trabajo.
- Población migrante, que generosamente accedió a participar en las entrevistas.
- Equipo directivo y equipo de salud de la Dirección de salud Corporación de la Municipalidad de San Miguel.
- Equipo directivo y equipo de salud de la Dirección de salud Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda.
- Daniel Ruiz Maldonado, Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- María Belén Opazo, Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Ximena Cea, colaborar durante el proceso bibliográfico.
- Eliana Espinoza, coordinadora del equipo de entrevistadores.
- Marcelo Vásquez, entrevistador.
- María José Jorquera, entrevistadora.
- Carolina Torres, entrevistadora.
- Gabriela Daza, entrevistadora.
- Joyce Carrasco, entrevistadora.

Finalmente, agradecer a mi familia, amigos y compañeros de trabajo, por ser un apoyo en este proceso, y a la Universidad de Chile, por otorgarme tiempo protegido para realizar los estudios.

IX. ANEXOS

ANEXO Nº1 . ENTREVISTAS

GUÍA DE ENTREVISTA USUARIOS APS

FICHA PERSONAL:

Entrevistador/a _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO (COMUNA) : _____

TIEMPO EN CHILE: _____ SITUACIÓN MIGRATORIA: REGULAR, REFUGIADOS, ETC

LUGAR DE EMIGRACIÓN _____

EDAD: _____ GÉNERO: _____ OCUPACIÓN _____

DURACIÓN (FECHA DE COMIENZO Y FIN) _____

I. Experiencia migratoria (cómo y cuándo llegó, si fue reagrupación, etc)

1. ¿Cómo es la situación en la ciudad de donde emigró?
2. ¿Qué o quiénes le influyó para tomar la decisión de irse?
3. ¿Cómo se enteró de Chile? ¿Había alguien más aquí que fuera un contacto?
4. ¿Cómo recuerda que se sentía usted y su familia los días previos a su marcha?
5. ¿Qué miedos o temores tenía?
6. Primeros días y meses: impresiones, problemas de comunicación, trato con la gente, etc.
7. ¿Qué sentimientos le produce recordar esos primeros momentos de la emigración?
8. ¿Volvería a escoger Chile como un país para emigrar?

II. Opinión general de la salud en Chile (qué opina/qué le parece los centros de salud familiar (CESFAM) y hospitales de nuestro país?)

III. Información sobre los Centros de Salud Familiar.

1. ¿Quién o dónde le informaron sobre los Centros de Salud Familiar (CESFAM) (a dónde había que ir, qué había que hacer cuando usted se sentía mal) ? ¿cuándo? ¿por qué? cree ¿que le informaron bien?
2. ¿Qué información le falta? ¿Le gustaría haber recibido más información?
3. En general, cómo cree que es el conocimiento que sus compatriotas tienen de los centros de salud? (cree que las personas de su misma nacionalidad saben qué es lo que hay que hacer y a dónde tienen que ir si están enfermas?

IV. Acceso a los Centros de Salud familiar

1. ¿Alguna vez se ha encontrado mal y no ha venido al centro de salud?
2. En general y desde que ha llegado cree que es fácil o difícil venir al centro de salud? ¿Por qué? ¿qué cosas hacen que sea fácil o difícil?
3. Problemas en el acceso a los APS

4. (que no hayan salido aun) (qué cosas hay que hacen que ir al centro de salud sea más difícil)

En caso que no salga, preguntar sobre los siguientes ítems:

- Conocimiento de los centros de salud (no saber a dónde ir, qué hay que hacer, etc)
- Incompatibilidad Horario: trabajo; obligaciones familiares; Personas a su cargo
- Distancia; dificultad de transporte
- Idioma
- Vergüenza (a explicar el problema de salud; a no entender o saberse explicar...)
- Nivel de estudios
- Espera (en urgencias desde que llegas; para pedir cita; retraso en la cita)
- Percepción de discriminación
- Miedo a ir al médico (por falta de papeles, o de trabajo, etc)
- Necesidad de ser acompañado
- Relación médico-paciente y si influye en posteriores visitas
- Falta de confianza
- Factor cultural diferencia de sexo entre paciente-médico o profesional de la salud (ejemplo: mujeres que no quieren ser vistas por un ginecólogo varón)

V. Utilización de APS:

1. Centro de salud que acostumbra a utilizar (cuando se encuentra enfermo, a donde suele ir/dónde le atienden? (especificar APS o Hospital, o consulta privada)
2. Motivos ¿ que la motiva asistir aquí?
3. Pide ayuda en otros lugares para solucionar sus problemas de salud/cuando está enfermo (si no dice nada, preguntar por Farmacia; Medicina Alternativa o remedios naturales). Por qué esa vez fue allí y no al centro de salud ?²²

²² Algunas Preguntas fueron extraídas de estudios similares, especialmente de (Burón Pust, 2012), pero fueron modificadas y adaptadas a la investigación

GUÍA DE ENTREVISTA NO USUARIOS

FICHA PERSONAL:

Entrevistador/a _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO (COMUNA) : _____

TIEMPO EN CHILE: _____ SITUACIÓN MIGRATORIA: REGULAR, REFUGIADOS (DUDA)

LUGAR DE EMIGRACIÓN _____

EDAD: _____ GÉNERO: _____ OCUPACIÓN _____

DURACIÓN (FECHA DE COMIENZO Y FIN) _____

I. Experiencia migratoria (cómo y cuándo llegó, si fue reagrupación, etc)

1. ¿Cómo es la situación en la ciudad de donde emigró?
2. ¿Qué o quiénes le influyó para tomar la decisión de irse?
3. ¿Cómo se enteró de Chile? ¿Había alguien más aquí que fuera un contacto?
4. ¿Cómo recuerda que se sentía usted y su familia los días previos a su marcha?
5. ¿Qué miedos o temores tenía?
6. Primeros días y meses: impresiones, problemas de comunicación, trato con la gente, etc.
7. ¿Qué sentimientos le produce recordar esos primeros momentos de la emigración?
8. ¿Volvería a escoger Chile como un país para emigrar?

II. Opinión general de la salud en Chile (qué opina/qué le parece los centros de salud familiar (CESFAM) y hospitales de nuestro país?)

III. Información sobre los Centros de Salud Familiar (CESFAM).

1. ¿Le informaron sobre los Centros de Salud Familiar (CESFAM) (a dónde había que ir, qué había que hacer cuando usted se sentía mal)? ¿cuándo? ¿por qué? cree ¿que le informaron bien?
2. ¿Qué información le falta? ¿Le gustaría haber recibido-. más información?
3. En general, cómo cree que es el conocimiento que sus compatriotas tienen de los centros de salud? (cree que las personas de su misma nacionalidad saben qué es lo que hay que hacer y a donde tienen que ir si están enfermas?

IV. Acceso a los Centros de Salud Familiar?

1. ¿Qué hace usted cuando se encuentra enfermo?
2. (Usuario no usa salud pública) ¿Por qué no ha ido? ¿Qué le a impedido asistir?
3. Problemas en el acceso a los APS (que no hayan salido aun) (qué cosas hay que hacen que ir al centro de salud sea más difícil)
 - Conocimiento de los APS (no saber a dónde ir, qué hay que hacer, etc)
 - Incompatibilidad Horario: trabajo; obligaciones familiares; Personas a su cargo
 - Distancia; dificultad de transporte
 - Idioma
 - Vergüenza (a explicar el problema de salud; a no entender o saberse explicar...)

- Nivel de estudios
- Espera (en urgencias desde que llegas; para pedir cita; retraso en la cita)
- Percepción de discriminación
- Miedo a ir al médico (por falta de papeles, o de trabajo, etc)
- Necesidad de ser acompañado
- Relación médico-paciente y si influye en posteriores visitas
- Falta de confianza
- Factor cultural diferencia de genero entre paciente-médico o profesional de la salud (ejemplo: mujeres que no quieren ser vistas por un ginecólogo varón)

V. OTROS:

1. Pide ayuda en otros lugares para solucionar sus problemas de salud/cuando está enfermo (si no dice nada, preguntar por Farmacia; Medicina Alternativa o remedios naturales). Por qué esa vez fue allí y no al centro de salud ?

GUÍA DE ENTREVISTA EQUIPOS DE SALUD

Entrevistador/a _____

NOMBRE: _____

PROFESIÓN : _____

EDAD: _____ GÉNERO: _____

TIEMPO DE EGRESO: _____ TIEMPO TRABAJANDO EN EL CENTRO: _____

LUGAR DE TRABAJO (especificar área): _____

DURACIÓN (FECHA DE COMIENZO Y FIN DE ENTREVISTA) _____

I. Experiencia migratoria.

1. ¿Qué actividades realiza en el centro de salud que tenga relación con migrantes?
2. ¿Hace cuánto que realiza estas actividades?
3. ¿Ha notado cambios en el número de usuarios migrantes? ¿cuales?
4. ¿Ha notado cambios en el tipo de enfermedades o dolencias que usted atiende habitualmente?

II. Opinión general de la salud en Chile en relación a la migración (¿qué opina/qué le parece los centros de salud familiar (CESFAM) y hospitales de nuestro país? ¿Está la salud pública preparada para este cambio migratorio?)

III. Información sobre los APS.

1. En general, cómo cree que es el conocimiento que las personas migrantes tienen de los Centros de Salud Familiar (CESFAM), ¿saben qué es lo que hay que hacer y a dónde tienen que ir si están enfermas?
2. ¿Conoce quien le informa a los migrantes sobre las atenciones, servicios y beneficios que tienen en el centro de salud? ¿Cree que le informan bien?

IV. Acceso a los APS.

1. A su parecer, ¿podría identificar las principales barreras que tienen los migrantes para acceder a los centros de salud?
2. A su parecer, ¿podría identificar las principales beneficios que tienen los migrantes para acceder a los centros de salud?

(Consultar por aquellos que no han salido en LA respuesta)

- Conocimiento de los APS (no saber a dónde ir, qué hay que hacer, etc)
- Incompatibilidad Horario: trabajo; obligaciones familiares; Personas a su cargo
- Distancia; dificultad de transporte
- Idioma
- Vergüenza (a explicar el problema de salud; a no entender o saberse explicar...)
- Nivel de estudios
- Espera (en urgencias desde que llegan; para pedir cita; retraso en la cita)

- Percepción de discriminación
 - Miedo a ir al médico (*por falta de papeles, o de trabajo, etc*)
 - Necesidad de ser acompañado
 - Relación médico-paciente y si influye en posteriores visitas
 - Falta de confianza
 - Factor cultural diferencia de genero entre paciente-médico o profesional de la salud (*ejemplo: mujeres que no quieren ser vistas por un ginecólogo varón*)
3. Según su experiencia, ¿ Existe algún migrante (identificar país de origen) en especial que tenga mayores dificultades para acceder a los centros de salud. ¿ que lo hace diferente?

V. OTROS:

1. Según su experiencia, ¿ las personas migrantes piden ayuda en otros lugares para solucionar sus problemas de salud / cuando están enfermo?.
2. ¿ Quisiera agregar otro elemento que usted considere importante sobre la migración y salud pública?

GUÍA DE ENTREVISTA DIRECTIVOS

Entrevistador/a _____

NOMBRE: _____

PROFESIÓN : _____

EDAD: _____ GÉNERO: _____

TIEMPO DE EGRESO: _____ TIEMPO Y CARGO: _____

LUGAR DE TRABAJO (especificar área): _____

DURACIÓN (FECHA DE COMIENZO Y FIN DE LA ENTREVISTA) _____

I. Experiencia migratoria.

1. En los últimos años, con la llegada de migrantes ¿Ha notado cambios en la salud pública de la comuna? *¿ cuáles? ¿ en que ha notado los cambios?*
2. En su calidad de tomador de decisión, ¿A que decisiones se ha enfrentado en cuanto a la atención de la migración? *¿ Que cambios ha realizado en la institución a la que representa? ¿Han existido cambios el Plan de Salud Comunal?*
3. ¿Estos cambios, han tenido costo asociado? *¿es suficiente con el percapita?*
4. De su población válidamente inscrita, ¿Que porcentaje/cantidad representa la población migrante? *¿Ha existido cambios en relación a los últimos años? ¿ tiene categorizada a la población migrante (origen, edad, controles de salud, etc)?*

II. Opinión general de la salud en Chile en relación a la migración(qué opina/qué le parece los centros de salud familiar (CESFAM) y hospitales de nuestro país? *¿ Está la salud pública preparada para este cambio migratorio?)*

III. Información sobre la APS.

1. En general, ¿Cómo cree que es el conocimiento que las personas migrantes tienen de los Centros de Salud Familiar (CESFAM)?, *¿ saben qué es lo que hay que hacer y a donde tienen que ir si están enfermas?*
2. ¿Cómo informan ustedes a los migrantes sobre las atenciones, servicios y beneficios que tienen en el centro de salud? *Cree que le informan bien? ¿Se han encontrado con problemas para entregar la información?*

IV. Acceso a la APS.

1. A su parecer, ¿podría identificar las principales barreras que tienen los migrantes para acceder al centro de salud?
2. A su parecer, ¿podría identificar las principales facilitadores que tienen los migrantes para acceder a los centros de salud?

(Consultar por aquellos que no han salido en su respuesta)

- Conocimiento de los APS *(no saber a dónde ir, qué hay que hacer, etc)*
- Incompatibilidad Horario: trabajo; obligaciones familiares; Personas a su cargo
- Distancia; dificultad de transporte

- Idioma
 - Vergüenza (*a explicar el problema de salud; a no entender o saberse explicar...*)
 - Nivel de estudios
 - Espera (*en urgencias desde que llegas; para pedir cita; retraso en la cita*)
 - Percepción de discriminación
 - Miedo a ir al médico (*por falta de papeles, o de trabajo, etc*)
 - Necesidad de ser acompañado
 - Relación médico-paciente y si influye en posteriores visitas
 - Falta de confianza
 - Factor cultural diferencia de genero entre paciente-médico o profesional de la salud (*ejemplo: mujeres que no quieren ser vistas por un ginecólogo varón*)
3. Según su experiencia, existe algún migrante (identificar país de origen) en especial que tengas mayores dificultades para acceder a los centros de salud. *¿ que lo hace diferente?*

V. OTROS:

1. Según su experiencia, ¿las personas migrantes piden ayuda en otros lugares para solucionar sus problemas de salud/ cuando están enfermo?
2. ¿Quisiera agregar otro elemento que usted considere importante sobre la migración y salud pública?

GUÍA DE ENTREVISTA DIRECTIVOS MINISTERIO

Entrevistador/a _____

NOMBRE: _____

PROFESIÓN : _____

EDAD: _____ GÉNERO: _____

TIEMPO DE EGRESO: _____ TIEMPO Y CARGO: _____

LUGAR DE TRABAJO (especificar área): _____

DURACIÓN (FECHA DE COMIENZO Y FIN DE LA ENTREVISTA) _____

I. Experiencia migratoria.

5. En los últimos años, con la llegada de migrantes ¿Ha notado cambios en la salud pública de las comunas a cargo de este servicio? *¿ cuáles? ¿ en que ha notado los cambios?*
6. A nivel ministerial, ¿ cómo se ha enfrentado el tema de la migración y salud? ¿ cuáles son los lineamientos en esta materia?
7. En su calidad de tomador de decisión, ¿A que decisiones se ha enfrentado en cuanto a la atención de la migración? *¿ Que cambios ha realizado en la institución a la que representa? ¿Han existido cambios la planificación del servicio?*
8. ¿Estos cambios, han tenido costo asociado?
9. De las comunas a cargo del servicio, conoce ¿Que porcentaje/cantidad representa la población migrante? *¿Ha existido cambios en relación a los últimos años? ¿ se encuentra categorizada a la población migrante (origen, edad, controles de salud, etc)?*

II. Opinión general de la salud en Chile en relación a la migración(qué opina/qué le parece los centros de salud familiar (CESFAM) y hospitales de nuestro país? *¿ Está la salud pública preparada para este cambio migratorio?)*

III. Información sobre la APS.

3. En general, ¿Cómo cree que es el conocimiento que las personas migrantes tienen de los Centros de Salud Familiar (CESFAM)?, *¿ saben qué es lo que hay que hacer y a donde tienen que ir si están enfermas? ¿ en que comuna ve mayores dificultades?*
4. ¿Cómo informan ustedes a los migrantes sobre las atenciones, servicios y beneficios que tiene la APS?

IV. Acceso a la APS.

4. A su parecer, ¿podría identificar las principales barreras que tienen los migrantes para acceder a los centros de salud? *¿Existen distinciones, por ejemplo, entre San Miguel y Pedro Aguirre Cerda?*
5. A su parecer, ¿podría identificar las principales facilitadores que tienen los migrantes para acceder a los centros de salud? *¿Existen distinciones, por ejemplo, entre San Miguel y Pedro Aguirre Cerda?*

(Consultar por aquellos que no han salido en su respuesta)

- Conocimiento de los APS *(no saber a dónde ir, qué hay que hacer, etc)*
 - Incompatibilidad Horario: trabajo; obligaciones familiares; Personas a su cargo
 - Distancia; dificultad de transporte
 - Idioma
 - Vergüenza *(a explicar el problema de salud; a no entender o saberse explicar...)*
 - Nivel de estudios
 - Espera *(en urgencias desde que llegas; para pedir cita; retraso en la cita)*
 - Percepción de discriminación
 - Miedo a ir al médico *(por falta de papeles, o de trabajo, etc)*
 - Necesidad de ser acompañado
 - Relación médico-paciente y si influye en posteriores visitas
 - Falta de confianza
 - Factor cultural diferencia de genero entre paciente-médico o profesional de la salud *(ejemplo: mujeres que no quieren ser vistas por un ginecólogo varón)*
6. Según su experiencia, existe algún migrante (identificar país de origen) en especial que tengas mayores dificultades para acceder a los centros de salud. *¿ que lo hace diferente?*

V. OTROS:

3. Según su experiencia, ¿las personas migrantes piden ayuda en otros lugares para solucionar sus problemas de salud/ cuando están enfermo?
4. ¿Quisiera agregar otro elemento que usted considere importante sobre la migración y salud pública?

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Usted ha sido invitado para participar en el proyecto de investigación realizado por Carlos Sánchez Tapia, estudiante de Master de la Universidad de Barcelona el cual se titula "EL ACCESO A LA SALUD: UNA DEUDA CON LOS MIGRANTES INTERNACIONALES". Este proyecto corresponde a un estudio cualitativo, en el marco trabajo final de Master. El estudio busca comprender los elementos que favorecen y dificultan el acceso de la población inmigrada a la Atención Primaria de Salud.

La producción de datos se realizará mediante una entrevista en profundidad, la cual será grabada.

Como participante usted dispone de ciertos derechos frente a la realización de este estudio, los cuales se plantean a continuación:

- Aceptar voluntariamente el participar en esta investigación.
- Usted puede rechazar el participar del estudio, sin repercusiones negativas.
- Usted puede retirarse de la participación cuando lo desee, sin ninguna consecuencia.
- Se garantiza la protección de todos los datos personales otorgados durante la entrevista.
- Usted conocerá los resultados de la investigación y obtendrá los beneficios que se generen, si es que existiesen.

Si usted desea ser partícipe de este proyecto de investigación, por favor complete el presente consentimiento con los datos que se solicitan a continuación:

YO _____
(Nombre y apellido)

Acepto voluntariamente participar del proyecto de investigación y me comprometo a responder las preguntas que me realicen. Además comprendo cada uno de mis derechos frente a la participación en este estudio, los cuales fueron planteados con anterioridad por el entrevistador(a).

Si usted tiene comentarios y/o preguntas sobre su participación en esta investigación, por favor contacte a Carlos Sánchez Tapia, investigador, al correo c.sanchez.tapia@gmail.com o bien al teléfono celular +56995221241.

Firma participante



Firma Carlos Sánchez

Fecha: _____

ENFOMASYON SOU KONSANTMAN.

Ou te envite pou patisipe nan pwojè investigasyon ki ap reyalize pa Carlos Sánchez Tapia, ki se etidyan an Master nan Universidad de Barcelona, kote pwojè sa rele “AKSÈ POU SANTE: Yon dèt imigrasyon entènasyonal”. Pwojè sa korespon a yon etid kwalitatif, nan kad travay final Master sa. Etid sa ap chache konpran eleman ki favorise ak anpeche aksè popilasyon imigran nan Atansyon Primè Sante a.


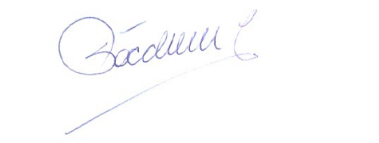
Pwodiksyon enfòmasyon yo pral reyalize pa yon entèvyou an pwofondè, kote nou pral anregistre. Kòm yon patisipan, ou gen kèk dwa fas a reyalizasyon nan etid sa, kote nou pral etabli nan pwèn sa yo:

- Aksepte volontèman pou patisipe nan investigasyon sa.
 - Ou kapab refize patisipasyon paw nan etid sila, san okenn konsekans negatif.
 - Ou kapab deside pa patisipe ankò nan moman ou vle, san okenn konsekans.
 - Nou garanti pwoteksyon tout enfòmasyon pèsonèl ke ou bay pandan moman entèvyou sa.
 - Ou pral konnen rezilta investigasyon sa yo, e ou pral resewva benefis ke sa ap jenere, si yo egziste.
- Si ou vle patisipe nan pwojè investigasyon sa a, tanpri ranpli konsantman sa a avèk enfòmasyon ke nou pral mande ou aprè sa:

MWEN SE _____
(Nom ak siyati)

Mwen asepte volontèman patisipe nan pwojè investigasyon sa e mwen pran angajman pou m' reponn kesyon ke yo pral poze m' yo. Anplis, mwen konprann tou chak dwa mwen genyen fas a patisipasyon etid sa, ke moun kap fe m' entèvyou te di m' anvan sa.

Si ou genyen kèk komantè oubyen kesyon sou patisipasyon investigasyon sa, tanpri kontakte Carlos Sánchez Tapia, investigatè, nan e-mail c.sanchez.tapia@gmail.com oubyen nan telefòn selilè ki se +56995221241.

 _____ Siyati patisipan	 _____ Siyati Carlos Sánchez
--	--

FECHA: __/__/2019

ANEXO N°2

Código	Descripción	Fecha
US 1	Usuario comuna San Miguel	21 de julio de 2019
US 2	Usuario comuna San Miguel	21 de julio de 2019
US 3	Usuario comuna San Miguel	21 de julio de 2019
US 4	Usuario comuna San Miguel	21 de julio de 2019
US 5	Usuario comuna San Miguel	21 de julio de 2019
US 6	Usuario comuna San Miguel	21 de julio de 2019
US 7	Usuario comuna San Miguel	21 de julio de 2019
US 8	Usuario comuna San Miguel	21 de julio de 2019
US 9	Usuario comuna PAC	24 de julio de 2019
US 10	Usuario comuna PAC	24 de julio de 2019
US 11	Usuario comuna PAC	25 de julio de 2019
US 12	Usuario comuna PAC	25 de julio de 2019
NUS 1	No usuario San Miguel	22 de julio de 2019
NUS 2	No usuario San Miguel	22 de julio de 2019
NUS 3	No usuario San Miguel	22 de julio de 2019
NUS 4	No usuario San Miguel	22 de julio de 2019
NUS 5	No usuario PAC	15 de julio de 2019
NUS 6	No usuario PAC	15 de julio de 2019
NUS 7	No usuario PAC	15 de julio de 2019
NUS 8	No usuario PAC	15 de julio de 2019
NUS 9	No usuario PAC	15 de julio de 2019
NUS 10	No usuario PAC	15 de julio de 2019
EQ 1	Administrativo – San Miguel	20 de julio de 2019
EQ 2	Fonoaudiólogo – San Miguel	20 de julio de 2019
EQ 3	Administrativo – San Miguel	20 de julio de 2019
EQ 4	Administrativo – San Miguel	20 de julio de 2019
EQ 5	Médico – San Miguel	20 de julio de 2019
EQ 6	Trabajador Social - PAC	22 de julio de 2019
EQ 7	Trabajador Social – PAC	22 de julio de 2019
EQ 8	TENS – PAC	22 de julio de 2019
EQ 9	Matrón - PAC	22 de julio de 2019
DIR 1	Directivo – San Miguel	19 de julio de 2019
DIR 2	Directivo – San Miguel	19 de julio de 2019
DIR 3	Directivo – San Miguel	19 de julio de 2019

DIR 4	Directivo – San Miguel	20 de julio de 2019
DIR 5	Directivo – PAC	21 de julio de 2019
DIR 6	Directivo – PAC	20 de julio de 2019
DIR 7	Directivo – PAC	20 de julio de 2019
DIR 8	Directivo – PAC	20 de julio de 2019
DIR 9	Directivo – SSMS (Servicio de Salud Metropolitano Sur – Ministerio de Salud)	24 de julio de 2019
40 entrevistas		

ANEXO N°3

GABINETE MINISTERIAL
UNIDAD DE TRANSPARENCIA
1043

2997

ORD. A/102 N°

ANT.: Solicitud por Ley 20.285.

MAT.: Responde a la solicitud Folio
AO002T0003079.

Santiago, 26 JUN 2019

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

A : CARLOS SÁNCHEZ

Junto con saludar, informo a usted que esta Secretaría de Estado recibió la solicitud del folio de la referencia, amparada en la ley 20.285 de Transparencia y Acceso a la Información Pública. En su solicitud, Ud. requiere textualmente:

"Estimados, por medio del presente quiero solicitar lo siguiente: Número, porcentaje y lugar de origen (país) de migrantes extranjeros (inmigrantes) que se atendieron en el sistema público de salud durante el 2018 incluyendo detalle de los distintos niveles de atención (hospitalaria, aps, etc). La respuesta, la requiero en formato Excel."

En respuesta a su solicitud, es necesario señalar que el registro de población migrante recogido en los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) desde los establecimientos del sistema público, se realiza en forma agrupada, por lo que no es posible dar cuenta del país de origen.

El reporte detallado por región, servicio de salud y establecimiento se puede encontrar en: <http://www.deis.cl/rem-2017-2018/>. Respecto a las atenciones registradas en egresos hospitalarios, es posible dar cuenta de los países de origen, considerando que esta información se consigna a partir del autorreporte de la persona.

No obstante lo anterior, adjunto en formato excel, las tablas con los resúmenes estadísticos (REM) que contienen la variable población migrante para el año 2018 y los egresos hospitalarios de población extranjera atendida en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud 2018. Cabe destacar que, en el caso de ambos registros, la información corresponde a bases preliminares por lo que es susceptible a modificaciones debido a que se encuentran en proceso de recolección y validación de datos.

Esta entrega incluye toda la información disponible en poder de esta Subsecretaría, en los términos dispuestos en el inciso segundo del artículo 10º de la Ley N° 20.285. Sin perjuicio de lo anterior, si usted estima que esta respuesta no se ajusta a derecho, dispone de un plazo de 15 días hábiles, contado desde la fecha de notificación de esta respuesta, para interponer un reclamo ante el Consejo para la Transparencia, www.consejotransparencia.cl.

//